



**MINISTERIO
DE SALUD**

HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS"

SANTA ANA

PLAN OPERATIVO ANUAL 2020



San Salvador, Diciembre de 2019

ÍNDICE

	Página
Índice.....	2
Datos generales del Hospital.....	3
Denominación, naturaleza y funciones.....	4
Introducción.....	5
Diagnóstico Situacional y su entorno.....	6
Priorización de problemas y definición de objetivos.....	37
Valoración de riesgos según matriz.....	38
Programación de actividades de gestión para el año 2020.....	42
Programación de actividades asistenciales para el año 2020.....	43

DATOS GENERALES DEL HOSPITAL

Nombre de la Dependencia que programa: Hospital Nacional "San Juan de Dios". Santa Ana

Dirección: Final 13 Avenida sur, N° 1.Santa Ana, Departamento de Santa Ana.

Teléfono: 2435-9502

Fax: 2435-9529

E-mail: Dinorazuv3@yahoo.com

Nombre de Director(a): Dra. Dinora Zuleta de Viana.

Dra. Dinora Zuleta de Viana	Dra. Karla María Naves de Díaz
Directora de Hospital Nacional "San Juan de Dios". Santa Ana	Directora Nacional de Hospitales Ministerio de Salud

Denominación, Naturaleza y Funciones del Hospital Santa Ana

MISIÓN		<i>Somos un hospital público de referencia para la región occidental que brinda servicios de asistencia y docencia promoviendo un modelo de gestión bajo estándares de calidad y seguridad, a través de un equipo con principios éticos que procura satisfacer a nuestros usuarios</i>
VISIÓN		<i>Ser reconocido como un hospital público que brinda servicios de salud bajo estándares de calidad y seguridad con enfoque de derechos y equidad, a través de un modelo de gestión transparente, eficiente, que incorpora tecnología acorde a las necesidades de nuestros usuarios y que fomenta el desarrollo del talento humano en docencia, asistencia e investigación con alto valor ético.</i>
OBJETIVO GENERAL	1	<i>Brindar servicios hospitalarios de salud dirigidos a satisfacer a los usuarios y profesionales sanitarios, bajo estándares de calidad, seguridad e innovación tecnológica, bajo un enfoque de derechos y equidad, fortaleciendo el talento humano y la investigación</i>
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1	<i>Fortalecer el modelo de gestión por procesos en la dirección de humanizar los servicios de salud en el Hospital, en el marco de estándares de calidad y políticas de seguridad</i>
	2	<i>Fortalecer las estrategias dirigidas a la gestión del riesgo y al sistema de control</i>
	3	<i>Asegurar la implementación de la gestión clínica en los servicios asistenciales, incorporando modelos innovadores que aseguren la satisfacción ciudadana</i>
	4	<i>Generar una política sostenible de incorporación y desarrollo tecnológico</i>
	5	<i>Sistematizar las estrategia de participación ciudadana, a partir de un enfoque de derechos y la co-responsabilidad de los usuarios</i>
	6	<i>Fortalecer el talento humano con miras al cumplimiento de la visión institucional</i>
	7	<i>Fortalecer los sistemas de información del Hospital</i>
FUNCION PRINCIPAL	1	<i>Organizar, dirigir, planificar y controlar los procesos que conduzcan a la provisión de servicios hospitalarios de salud, a través de un modelo de calidad basado en procesos, a partir de la identificación de las necesidades y expectativas de los ciudadanos.</i>

INTRODUCCIÓN

Al iniciar un nuevo quinquenio, en el marco de nuevas autoridades, se rescatan elementos importantes que pueden influir en el desarrollo del área de la salud, como es la decidida y firme convicción plasmada por el Presidente de la República alrededor de intervenir en las áreas sociales, con el objeto de cerrar las brechas históricas que no permiten el goce pleno de los derechos humanos, como es el caso del derecho a la salud y la consecuente garantía de accesibilidad a los servicios integrales.

El equipo gerencial ha desarrollado el presente **PLAN ANUAL OPERATIVO HOSPITALARIO para el año 2020**, en el que se describen las directrices estratégicas que impulsarán al valioso capital humano de nuestra institución a desarrollar y alcanzar la visión y los objetivos institucionales, bajo el liderazgo de la alta gerencia y el apoyo de la tecnocracia hospitalaria. Estos objetivos se construyeron en consenso y bajo la dirección de las nuevas autoridades, enmarcados en las directrices del Plan Cuscatlán, lineamientos del MINSAL, ODS, Carta Iberoamericana de la Calidad, etc.

La Dirección y el equipo de gestión institucional ha considerado importante trabajar en la construcción de un plan que integre e incorpore el diagnóstico de la situación actual de salud, las dimensiones socio-ambientales y enmarque la problemática sanitaria bajo el análisis profundo del contexto histórico, retomando las determinantes demográficas, culturales, económicas y eventos de riesgo a los que se expone nuestra población de responsabilidad. Todo lo anterior bajo la gran sombría de valores institucionales como la ética y el humanismo, dirigidos a fortalecer el compromiso con la calidad asistencial, la mejora continua y la satisfacción de los usuarios, la seguridad y la gestión de los riesgos, a partir del desarrollo e incentivo del talento humano, el impulso a la docencia y la investigación. En el marco de los compromisos del MINSAL, respecto a apoyar la disminución de la mortalidad materna e infantil, se especifican los esfuerzos del hospital en las PAO del área materno-infantil (Gineco-obstetricia y Pediatría), y para la reducción del gasto de bolsillo, se enmarcan en el fortalecimiento y/o implementación de los programas de ambulatorización y domiciliarios.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL Y SU ENTORNO

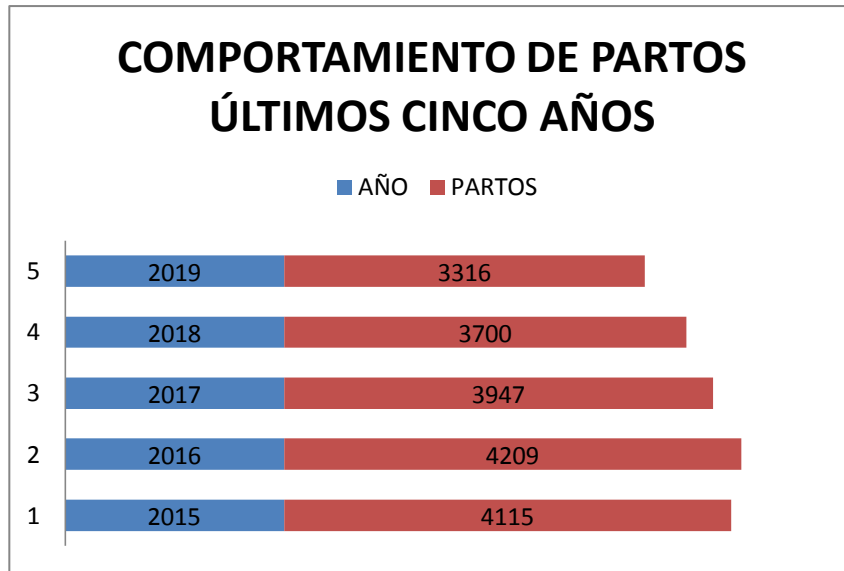
La población de responsabilidad del departamento de Santa Ana se estima para el 2020 en 598,196 habitantes, siendo su distribución porcentual en grupos etarios: menores de 4 años: 8.04%, de 5 -9 años: 8.2%, adolescentes 18,3%, adultos: 53.8% y adultos mayores: 11.7%. De éste último grupo, el 16% corresponde a población mayor de 80 años. En base a las proyecciones poblacionales del 2019, para el próximo año habrá un incremento del 0.75%.

El Hospital está categorizado como regional y de referencia para toda la zona occidental, por lo que la planificación no debe limitarse a los datos del departamento sede. Por lo anterior, las variables densidad poblacional, extensión territorial asociada a los riesgos ambientales, así como la presencia de la etnia indígena en los 3 departamentos, deben ser consideradas al diseñar su oferta de prestaciones.

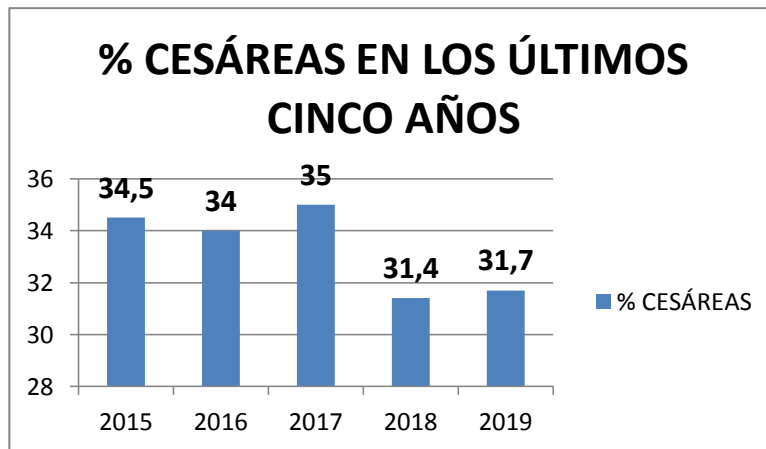
Es importante mencionar que el municipio de Santa Ana y Ahuachapán se encuentran clasificados entre los primeros 10 municipios de mayor población en El Salvador. De acuerdo a la variables demográficas, en el departamento de Santa Ana el porcentaje de población urbana equivale al 66%, y el sexo femenino predomina en un 52.7%, aspectos importantes a considerar para el diseño del portafolio de servicios.

SITUACIÓN DE SALUD

Al revisar la producción de partos desde el 2014 hasta el 2019, de enero a septiembre, se puede evidenciar que viene presentando un descenso sostenido, como se puede apreciar en la siguiente gráfica:



Y respecto al comportamiento de las cesáreas, se observa en el siguiente gráfico que se mantuvo alrededor de 34% del 2015 al 2017, pero se refleja una reducción importante para el 2018 y 2019.



ANÁLISIS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD 2019

Para el año 2019, hasta diciembre, el comportamiento de la demanda de acuerdo al tipo de atención en los servicios ambulatorios (basado en la CIE 10) y clasificado en orden descendente se presenta de la siguiente manera: Hipertensión esencial (primaria) se identifica como la primera causa de atención ambulatoria (6.64%), seguida en orden descendente

por Diabetes mellitus no insulino dependiente con o sin complicaciones (4.7%) , Obesidad (3.4%), Epilepsia (2.7%), Caries de la dentina (2.6%), Otros estados postquirúrgicos especificados (2.2%), Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (1.9%), Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares (1.6%), Trastornos de adaptación (1.4%) y Síndrome de infección aguda debida a VIH (1.3%). Las causas que generan las consultas externas del hospital están difuminadas en el universo, ya que las primeras 10 causas sólo concentran el 28.5% de las morbilidades, el resto, individualmente acumulan porcentajes menores al 1.4%. Para el 2017 concentraban el 26.8% y para el 2018 fue de 27.9%. Cabe mencionar que la carga de atención en el sexo femenino para el 2019 se mantiene en valores similares a los años anteriores, 67.5%.

En términos generales, y en el marco de los primeros nueve meses de cada año, la producción global de consulta externa se mantuvo en el 2015 y 2016 alrededor de las 123,000 consultas (123,171 para el 2015 y 123,392 para el 2016), pero a partir del año siguiente se observa una tendencia a ir disminuyendo, ya que para septiembre del 2017 se tuvo 116,913 consultas, para el 2018 fue de 109,466, para el 2019 fue de 112,386 consultas, y para 2019 fue de 99,065 (fuente: SPME), presentando un ligero incremento en relación al año anterior.

En la Emergencia, la primera causa de morbilidad fue para el 2019, Dolor abdominal y pélvico (4.9%), de manera descendente le siguen Fiebre del dengue [dengue clásico (4.4%), traumatismo intracraneal (4.2%), Otros trastornos del sistema urinario (3.7%), Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto (3.6%), Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos (2.8%), Fiebre de origen desconocido (2.6%), Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (2.3%), Neumonía, organismo no especificado (2.2%), y traumatismos múltiples (1.9%). Igual que en la consulta externa, en la emergencia existe una gran dispersión en las causas de morbilidades que se generan la demandas de atención. Las primeras 10 causas concentran sólo el 33% de todas. El resto 67% está dispersa en morbilidades que están por debajo de 1.88%.

El perfil epidemiológico de la hospitalización en lo referente a las principales causas de egreso, se dirige en primer lugar a la atención del parto (15.6%), a predominio del parto espontáneo; seguido en orden descendente:, Neumonía, organismo no especificado (3.4%), Fiebre del dengue [dengue clásico] (3.1%), Apendicitis aguda (3.1%), Diabetes mellitus no insulino dependiente (2.2%), Otros trastornos del sistema urinario (2.1%), Feto y recién nacido afectados por condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo presente (2.1%), Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (2.09%), Supervisión de embarazo

normal no especificado (1.5%) y Atención a la madre por otras complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo (1.4%). Para el 2016 las primeras 10 causas de egreso concentraban el 36.7%, el resto 63.3% de patologías están dispersas entre morbilidades abajo del 1.4% cada una. En este perfil predomina el sexo femenino con un 64%, equivalente a la proporción de los últimos cinco años.

En lo que respecta a las producciones de egresos generadas por los servicios de hospitalización, se observa un decremento sostenido desde el 2015 (32,736), 2016 (31,005), 2017 (30,267) 2018 (28,773), y para el 2019 fue de 28,156. Pese a los resultados en la producción de la variable egresos, los servicios de apoyo son insuficientes para dar respuesta a la exigencia de la RIIS y a la propia demanda que enfrenta el hospital.

Al analizar la información generada por servicios finales en los indicadores gerenciales, la variable egreso siempre recae con mayor peso, primero en gineco-obstetricia, luego en medicina interna, pediatría y por último cirugía.

El promedio de estancia en el hospital ha tenido un ligero incremento desde el 2013. Pero se ha estabilizado a partir de los últimos cuatro años: en el 2016 y 2017 fue de 5.6 días, el 2018 fue de 5.7 días, y para el 2019 de 5.6 días. El índice ocupacional en el 2015 fue de 101%, para el 2016 102% y 2017 fue nuevamente de 101%, para el 2018 fue de 98%, y para el 2019 fue de 96%.

Epidemiológicamente la mortalidad en las primeras 48 horas se dirige a la Neumonía con un 16% de los fallecidos acumulados en las primeras 48 horas, le siguen Resto de enfermedades del sistema digestivo (11%), Resto de enfermedades del sistema genitourinario (8.8%), Traumatismo que afectan múltiples regiones del cuerpo (6%), y el Resto de enfermedades del sistema respiratorio (5.3%). Después de las 48 horas se distribuyen en orden descendente y en función del total de fallecidos después de ese período, Neumonía (18.8), Resto de enfermedades del sistema genitourinario (16.8%), Resto de enfermedades del sistema digestivo (9.9%), Resto de enfermedades del sistema respiratorio (4.4%), y las Enfermedades cerebrovasculares (4.2%).

La tasa de mortalidad antes de las 48 horas es de 9.49 y después de las 48 horas de 12.32.

ANÁLISIS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la atención de las principales enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles desde el 2015 a septiembre del 2019:

Diabetes Mellitus

AÑO	DIAGNÓSTICO PRIMARIO	TASA LETALIDAD	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	TOTAL
2015	937	10,14	806	1743
2016	891	9,09	741	1632
2017	810	7,65	894	1704
2018	790	7,34	906	1696
2019	755	7,42	899	1654

Hipertensión Arterial

AÑO	DIAGNÓSTICO PRIMARIO	TASA LETALIDAD	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	TOTAL
2015	381	41,21	975	1356
2016	242	22,31	832	1074
2017	193	25,39	898	1091
2018	116	15,52	1132	1248
2019	157	8,28	1136	1293

Enfermedad Renal Crónica

AÑO	DIAGNÓSTICO PRIMARIO	TASA LETALIDAD	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	TOTAL
2015	1391	9,56	188	1579
2016	1355	9,3	165	1520
2017	1276	10,58	286	1562
2018	1479	9,6	305	1784
2019	1267	5,21	382	1649

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

AÑO	DIAGNÓSTICO PRIMARIO	TASA LETALIDAD	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	TOTAL
2015	223	11,21	76	299
2016	191	6,28	58	249
2017	196	9,18	73	269
2018	161	8,7	81	242
2019	139	6,47	69	208

Cáncer

No.	Grupo de causas	Total			
		Muertes	Egresos	Tasa Letalidad	Días Estanci
1	Tumor maligno de la mama, parte no especificada	1	37	2,7	198
2	Tumor maligno del estómago, parte no especificada	4	33	12,12	411
3	Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación	3	31	9,68	192
4	Tumor maligno de sitios no especificados	11	24	45,83	322
5	Tumor maligno de la glándula tiroides	0	17	0	194
6	Tumor maligno de la próstata	0	14	0	69
7	Tumor maligno del recto	2	13	15,38	448
8	Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada	1	11	9,09	91
9	Tumor maligno del colon, parte no especificada	2	11	18,18	59
10	Tumor maligno del ovario	1	10	10	64

En el caso de las enfermedades originadas por tumores malignos, se observa que el 27.8% de ellos se acumulan en los originados en estómago, mama y relacionados con el cuello del útero, y consumen el 22% de los días camas de los tumores malignos.

TIEMPOS DE ESPERA DURANTE EL AÑO 2019

Respecto al tiempo de espera para consulta de primera vez en gineco-obstetricia es inmediata (el mismo día que la solicita), pero para el resto de consulta especializada es en promedio de 95 días. Para la consulta de emergencia, se ha medido del portón al Triage y en promedio es de 5 minutos, pero del Triage al inicio de la atención es de 30 minutos. El traslado de paciente de la Emergencia a los servicios de Hospitalización en promedio son 60 minutos.

El tiempo de espera para intervención quirúrgica electiva es en promedio de 69 días.

Todos estos tiempos están en directa relación con la capacidad instalada.

ANÁLISIS DE LA OFERTA DE SALUD

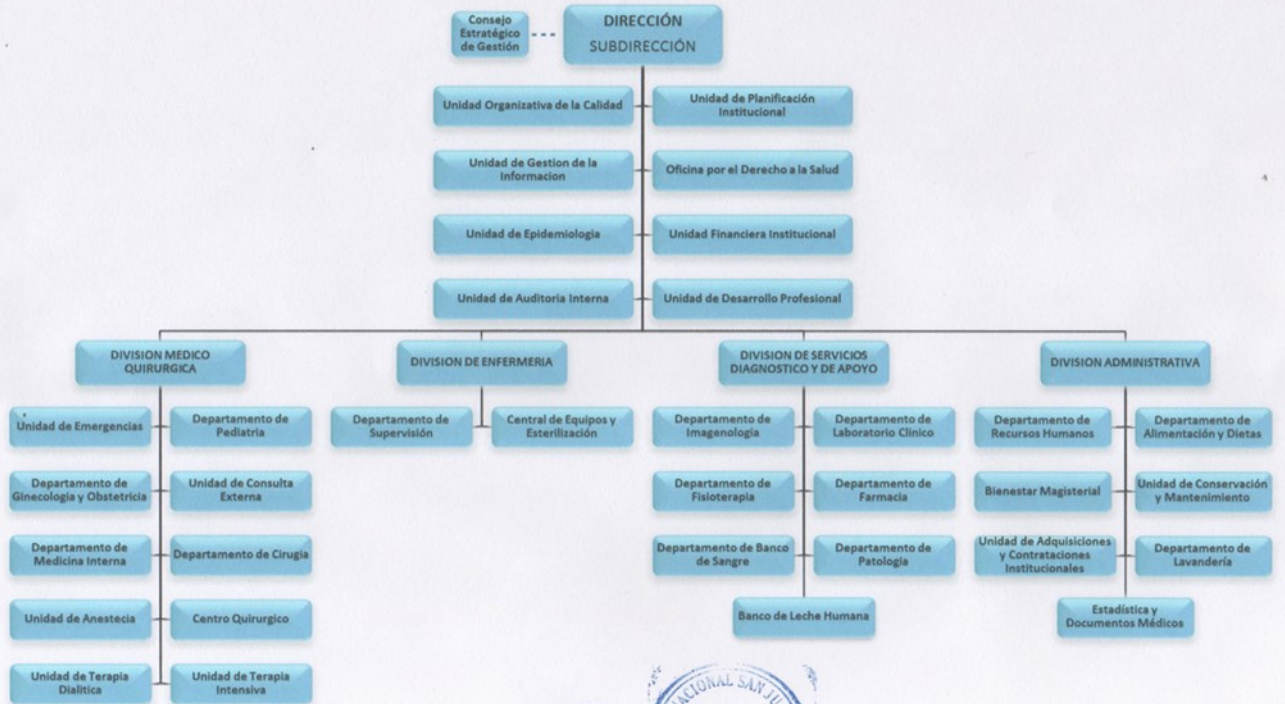
El perfil epidemiológico del hospital en relación a los egresos y atenciones ambulatorias se ha saturado de las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles entre sus primeras causas, y a pesar que las letalidades de la mayoría de ellas en los últimos cuatro años vienen consistentemente en descenso, la realidad nos convoca a prepararnos de cara al futuro porque el perfil va a orientarse a las enfermedades renales, cardíaca y neumológicas.

A partir de los datos de morbi-mortalidad del hospital, se justifica la generación de unidades especializadas en área como cardiología, endocrinología, nefrología, neumología, entre otros. Actualmente funcionan únicamente con asignaciones de camas y no como verdaderas unidades independientes.

En los últimos años es evidente el incremento de la capacidad tecnológica del hospital, a partir de la adquisición de equipo biomédico, sistemas informáticos e infraestructura. Sigue siendo una deuda la incorporación de los médicos sub-especialistas que apoyen el desarrollo de ésta tecnología y cerrar la brecha importantísima de personal de enfermería deficitario, tanto en su cantidad como en la calidad de formación profesional exigida para la demanda ciudadana.

La información refleja la necesidad de fortalecer la actual oferta de servicios, no solo en la cantidad y calidad los recursos humanos, sino en dotar del abastecimiento adecuado de medicamentos, insumos, infraestructura y equipamiento, para dirigirnos en el camino de la calidad de atención, centrándola en los requerimientos de los ciudadanos y fortaleciendo la calidad de diseño de los servicios. Para dar respuesta a las observaciones, anteriores el equipo de Alta Dirección priorizo la generación de un nuevo enfoque de gestión para el hospital, que salta de lo tradicional a la gestión con un enfoque de procesos para la mejora continua de la calidad, tomando como punto de partida que lo que no se conoce no se mide y no se administra.

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA






 Dr. Ramón Antonio Abrego González
 Director Médico
 Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana
 República de El Salvador, Centro América
Enero 2019

ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD RESIDUAL

Quirófano General	2018	2019
Numero de quirófanos disponibles para cirugía electiva	6	6
Promedio de horas de funcionamiento por día	48.0 Horas	48.0 Horas
Número de horas quirófano disponibles al año	11,520.0 Horas	11,520.0 Horas
Horas promedio por Cirugía	2.0 Horas	2.0 Horas
Capacidad máxima de cirugías	5,76	5,76
Numero de cirugías realizadas	4,083	4,69
Capacidad residual de cirugías electivas	1,677	1,07

La capacidad residual de los quirófanos para el 2019 está en relación directa con el nivel de rendimiento del 88%; y éste rendimiento se alcanzó por el empuje de la cirugía mayor ambulatoria. Esto es el resultado de no contabilizar las cirugías complejas con la utilización de dos cupos (de dos horas cada uno), el índice de suspensión de cirugías y sub-registros (principalmente en el componente de ambulatorias). La estrategia para el 2020 será superar el nivel de sub-registro y el índice de suspensión. Lo que sí se observa en una tendencia desde el 2016 una tendencia a incrementar la productividad del centro quirúrgico: En el registro de capacidad residual, para el 2016 se reporta una producción de 3867, para el 2017 de 4036, para el 2018 de 4083 y para el 2019 fue de 4690.

Información 2019 de Consultorios	No consultorios disponibles para consulta externa	No promedio de horas funcionamiento de consultorios al día	No de hrs. consultorios disponibles al año	Tiempo en Horas promedio por consulta	Capacidad máxima de consultas médicas al año	No de consultas realizadas 2019	Capacidad residual de consultas médicas
Medicina General	0	0.0 Horas	0 Horas	0.0 Horas	0	0	0
Especialidades Medicina	10	60.0 Horas	14,400 Horas	0.3 Horas	57,6	51,95	5,65
Especialidades Cirugia	9	54.0 Horas	12,960 Horas	0.3 Horas	51,84	40,552	11,288
Especialidades de Pediatría	3	21.0 Horas	5,040 Horas	0.3 Horas	20,16	14,814	5,346
Especialidades Gineco Obstetricia	5	30.0 Horas	7,200 Horas	0.3 Horas	28,8	18,666	10,134
Psiquiatría	2	12.0 Horas	2,880 Horas	0.5 Horas	5,76	8,162	-2,402

Respecto a la capacidad residual en consulta externa para el 2019, se observa un valor global positivo de 30,016, pero bajo la perspectiva de programar sobre la base de disponibilidad de espacios físicos, y en base a 136,277 consultas programadas en los consultorios de consulta externa. Esto último se puntualiza porque en el Hospital se programa en base a disponibilidad de recurso humano, y en ese sentido se alcanzó un rendimiento del 96% de lo planificado en el 2019, y en el 2018 con la misma infraestructura se logró el 103%.

Información 2019	No camas	Según Estandares			Capacidad máxima	No de egresos	Capacidad residual
	censables	Promedio de días	%	Días laborales	de egresos al año	realizados 2019	
		de estancia	Ocupación	al año			
Cama Censable							
Especialidades Básicas							
Cirugía	91	7.70 Días	85%	365 Días	3,667	4,044	-377
Ginecología	10	4.00 Días	85%	365 Días	776	1,016	-240
Medicina Interna	117	8.00 Días	85%	365 Días	4,537	6,572	-2,035
Obstetricia	71	3.00 Días	85%	365 Días	7,343	6,642	701
Pediatría	76	5.00 Días	85%	365 Días	4,716	3,718	998
Sub Especialidades							
Sub Especialidades de Cirugía							
Ortopedia / Traumatología	31	10.70 Días	85%	365 Días	899	834	65
Otorrinolaringología	8	6.00 Días	85%	365 Días	414	254	160
Sub Especialidades de Pediatría							
Cirugía Pediátrica	10	3.80 Días	85%	365 Días	816	660	156
Neonatología	40	5.60 Días	85%	365 Días	2,216	1,998	218
Otros Egresos							
Bienestar Magisterial	15	3.70 Días	85%	365 Días	1,258	1,19	68
Cama No Censable							
Emergencia	14	1.00 Días	85%	365 Días	4,344	246	4,098

En el global, sin la emergencia por ser área que depende exclusivamente de la demanda, la capacidad residual de camas en el hospital fue negativa: -286, y esto es el resultado de programar sobre la base de un índice de ocupación del 85% y en realidad el índice oscila alrededor del 100%.

CAPACIDAD INSTALADA PROYECTADA PARA EL 2020

Cama Censable							
Servicio Hospitalario	2018		2019		Días camas disponibles 2018	Días camas disponibles 2019	Variación Camas 2019 Vs. 2018
	No. de camas	% Camas	No. de Camas	% Camas			
Especialidades Básicas							
Cirugía	91	19.40%	91	19.40%	33,215	33,215	0.00%
Ginecología	10	2.13%	10	2.13%	3,65	3,65	0.00%
Medicina Interna	117	24.95%	117	24.95%	42,705	42,705	0.00%
Obstetricia	71	15.14%	71	15.14%	25,915	25,915	0.00%
Pediatría	76	16.20%	76	16.20%	27,74	27,74	0.00%
Sub Especialidades							
Sub Especialidades de Cirugía							
Ortopedia / Traumatología	31	6.61%	31	6.61%	11,315	11,315	0.00%
Otorrinolaringología	8	1.71%	8	1.71%	2,92	2,92	0.00%
Sub Especialidades de Pediatría							
Cirugía Pediátrica	10	2.13%	10	2.13%	3,65	3,65	0.00%
Neonatología	40	8.53%	40	8.53%	14,6	14,6	0.00%
Otros Egresos							

Bienestar Magisterial	15	3.20%	15	3.20%	5,475	5,475	0.00%
Total	469	100.00%	469	100.00%			

Dotación de Quirófano										
Concepto	Año 2018					Año 2019				
	Existen	Funcionan	% Funcionando	No. total horas diarias programadas para Cirugía Electiva	No. total horas diarias programadas para Cirugía Emergencia	Existen	Funcionan	% Funcionando	No. total horas diarias programadas para Cirugía Electiva	No. total horas diarias programadas para Cirugía Emergencia
Quirófano General	6	6	100.00%	48.00	0.00	6	6	100.00%	48.00	0.00
Quirófano de Gineco Obstetricia	3	2	66.67%	0.00	30.00	3	2	66.67%	0.00	30.00
Quirófano Emergencia	3	2	66.67%	0.00	32.00	3	2	66.67%	0.00	32.00
Quirófano Pediátrico	0	0	ND	0.00	0.00	0	0	ND	0.00	0.00
Total	12	10	83.33%	48.00	62.00	12	10	83.33%	48.00	62.00

Dotación de Consultorios Consulta Externa											
Concepto	Año 2018				Año 2019				Promedio de horas de utilización de consultorios 2018	Promedio de horas de utilización de consultorios 2019	
	Existen	Funcionan	% Funcionando	No. total horas diarias utilización real de consultorios funcionando	Existen	Funcionan	% Funcionando	No. total horas diarias utilización real de consultorios funcionando			
Medicina General	0	0	ND	0.00	0	0	ND	0.00	ND	ND	
Especialidades Medicina	11	10	90.91%	60.00	11	10	90.91%	60.00	6.00	6.00	
Especialidades Cirugia	10	9	90.00%	54.00	10	9	90.00%	54.00	6.00	6.00	
Especialidades de Pediatría	3	3	100.00%	21.00	3	3	100.00%	21.00	7.00	7.00	
Especialidades Gineco Obstetricia	8	5	62.50%	30.00	8	5	62.50%	30.00	6.00	6.00	
Psiquiatría	2	2	100.00%	12.00	2	2	100.00%	12.00	6.00	6.00	
Dotación de Consultorios Consulta Emergencia											
Medicina General	0	0	ND	0.00	0	0	ND	0.00	ND	ND	
Especialidades Medicina	1	1	100.00%	24.00	1	1	100.00%	24.00	24.00	24.00	
Especialidades Cirugia	1	1	100.00%	24.00	1	1	100.00%	24.00	24.00	24.00	
Especialidades Pediatría	1	1	100.00%	24.00	1	1	100.00%	24.00	24.00	24.00	
Especialidades Gineco Obstetricia	1	1	100.00%	24.00	1	1	100.00%	24.00	24.00	24.00	
Psiquiatría	0	0	ND	0.00	0	0	ND	0.00	ND	ND	
Dotación de Consultorios Consulta Odontologica											
Odontología	1	1	100.00%	8.00	1	1	100.00%	8.00	8.00	8.00	

ESTRUCTURA DEL TALENTO HUMANO PARA DICIEMBRE 2019

DISCIPLINA	LEY DE SALARIOS	SERVICIOS PROFESIONALES	FONDOS PEIS	FONDO GLOBAL	FONDOS BID	AD-HONOREM	FONDOS GOES
MEDICOS	271	13			4	87	
ADMINISTRATIVO	345	37				2	
ENFERMERIA	414	7				4	
ODONTOLOGIA	5	0				0	
PARAMEDICOS	117	15				1	
TOTAL	1152	72			4	94	

MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS 2019

Nº	MES	% ABASTECIMIENTO	Nº MEDICAMENTOS ABASTECIDOS (C/U)	Nº MEDICAMENTOS DESABASTECIDOS (C/U)	% ABASTECIMIENTO TRIMESTRAL
1	ene	82,57	253,5	17,42	
2	feb	72,4	243,4	27,6	
3	mar	63,1	234,1	36,9	72,69 %
4	abr	83,02	225	46	
5	may	85,4	231,5	39,5	
6	jun	78,3	212,1	58,9	82,24 %
7	jul	74,3	202	69	
8	ago	82,9	253,34	17,06	
9	sep	97,22	268,1	2,9	84,80 %
10	oct	98,3	269,3	1,7	
11	nov	92,9	263,9	7,1	
12	dic	93,83	264,83	6,17	95,01 %

Promedio de abastecimiento año 2019

Total de medicamentos 271c/u



ANÁLISIS COMPARATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE METAS DE PAOH 2019

(Enero a septiembre del 2019)

La producción de la consulta externa especializada alcanzó el 97% de cumplimiento de la meta programada hasta septiembre 2019, en comparación al año 2018 con 103%. Respecto a lo programado, en medicina interna se tuvo 111% de cumplimiento en relación al 127% del año anterior. Ginecología y obstetricia, recordando que el resultado de esto es la suma de ambas, fue de 117% para el 2019 y de 101.2% para el 2018. Cirugía tuvo un cumplimiento del 107% y en el 2018 de 108% en relación a la meta programada. Para el 2019 psiquiatría tuvo 76% de productividad en relación a lo programado, como efecto de la salida de uno de nuestros médicos del Hospital. Pediatría, que se ve afectada por las epidemias cada año, mejoró sus resultados de 66% en el 2018 al 88% para el 2019.

En las sub-especialidades de medicina interna el comportamiento de la mayoría de las sub-especialidades se mantuvo por encima de lo programado, pero dentro del rango de lo aceptable. En el caso de gastroenterología, que para el 2019 se tuvo un cumplimiento del 128%, vale la pena señalar que fue en función de una producción programada de 639 consultas y se realizaron 817; en cambio para el año 2018 fue de 73% pero con una programación de 1872 consultas. Esta programación sufrió cambios drásticos porque los recursos para ésta consulta son escasos y renunció uno de ellos para el 2019. Neurología tuvo un cumplimiento del 119% y nefrología 115%, producto en ambos casos de los limitados recursos para la sub especialidad y la alta demanda de pacientes. Neumología tuvo cambios inesperados, por el fallecimiento de un sub especialista y la renuncia de dos de ellos. Se tuvo como consecuencia un cumplimiento del 24 %. Actualmente no contamos con neumólogo.

El rendimiento global de las sub-especialidades de medicina interna en el 2019 fue de 90%, afectado por el rendimiento de neumología, siendo para el 2018 de 97%.

En las sub-especialidades de cirugía, el global de cumplimiento de meta es de 109% para el 2019, para 2018 fue de 111%. La mitad de las sub-especialidades presentan rendimientos por encima de lo programado oftalmología, ortopedia, urología, vascular probablemente debido a la alta

demanda de pacientes y baja oferta de profesionales. En el caso de otorrinolaringología (77%) presentan rendimientos abajo de lo programado por incapacidades del recurso.

Para las sub-especialidades de pediatría el rendimiento es de 84% en el año 2018 y de 79% en el año 2019, mostrando un rendimiento similar en 3 de las sub-especialidades, a diferencia de neonatología (97%), con un alto nivel de demanda y limitado recurso para satisfacerla.

La consulta de emergencia presenta un rendimiento global de 101% para el 2019, aumentando respecto al año 2018 que fue de 97%, sin olvidar que la emergencia presenta una producción en base a la demanda. Mostrando las diferentes especialidades un rendimiento similar dentro de las metas programadas.

Respecto a la producción de egresos hospitalarios de las especialidades básicas, en el 2018 fue de 102%, y para el 2019 de 104%.

En el caso de medicina interna mantiene su rendimiento por encima de su capacidad instalada, el 2017 de 135%, 2018 de 139% y para el 2019 de 140% Esto es el resultado de la alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles, tanto en este Hospital como a nivel nacional, a la cabeza la Enfermedad Renal Crónica. El departamento ha trabajado internamente en estrategias orientadas a mantener los días estancia en términos aceptables, lo cual ha sido documentado a través de los indicadores hospitalarios, ya que se mantiene dentro del estándar establecido. A pesar de eso, la carga de pacientes está sobrepasando la capacidad instalada del Hospital. Ésta situación se ha planificado abordar a partir de buscas estrategias que generen eficiencia manteniendo la calidad del servicio, como es el caso de sistematizar la Clínica de Día, apertura del servicio de nefrología, ampliación de la cobertura de la diálisis peritoneal domiciliar ambulatoria, etc.. Todo lo anterior busca reducir los días cama ocupados del área de medicina interna. El resto de especialidades básicas se comportaron dentro del rango de lo programado. Ginecología y obstetricia en global ha tenido el 94% de rendimiento.

Respecto a los egresos de las sub-especialidades de cirugía, presentaron un rendimiento global del 73%, impactado directamente por otorrinolaringología (56%).

En el caso de los egresos de las sub-especialidades de pediatría se observó un rendimiento global de 85%.

En el cumplimiento de las metas para partos vaginales o cesáreas se obtuvo el 85%. Con un descenso con respecto a los años anteriores, resultado del impacto de las estrategias en cuanto a planificación familiar y el cumplimiento de normativas de embarazadas que cumplen criterios de traslado a Tercer Nivel de Atención, además del monitoreo continuo de indicaciones de cesáreas e intervenciones cuando esto lo amerite.

El índice de cesáreas para el 2015 fue de 34%, para el 2016 de 33.8%, para el 2017 de 35.2%, y para el 2018 presentó un descenso hasta 31.4%, y por último en el 2019 fue de 31.7%.

El rendimiento de la cirugía mayor para el 2019 es de 85% similar al 2018 de 89%.

Respecto al porcentaje de ocupación de camas, el comportamiento de medicina interna mantiene lo ha mantenido por arriba del 100% desde por lo menos el 2015: 121% en el 2015, 120% en el 2016, 119% para el 2017, 127% para el 2018, y 127% para el 2019. Esto es el reflejo de la carga de las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente la enfermedad renal crónica. En el caso de Cirugía, éste departamento ha presentado una tendencia hacia la disminución en el índice de ocupación del año 2015 de 105% a 95% en el 2016, 94% el 2017, y 91% para el 2018, y 89% para el 2019. Pediatría tuvo un índice de ocupación del 95% en el 2015, 91% en el 2016, 93% en el 2017, de 70% en el 2018, y de 80% para el 2019. En el caso de neonatología, tanto para el 2014 como el 2015 mantuvo la misma ocupación (99%), para el 2016 de 104%, el 2017 de 100%, el 2018 fue de 97%, y para el 2019 fue de 79%. Ginecología ha presentado un comportamiento desde el 2014 (77%), luego en el 2015 (76%), para el 2016 de 79%, en el 2017 de 86%, en el 2018 de 91%, y por último para el 2019 de 91%. Esta tendencia al aumento del índice de ocupación parece estar relacionado con el incremento en patologías originadas por los cánceres de la especialidad. Obstetricia mantiene un comportamiento alrededor al 100% desde el 2015 (98%), igual para el 2016, en el 2017 a 104%, en el 2018 a 100%, y para el 2019 de 87%.

El índice de ocupación global del hospital fue de 105% para el 2015, 102% para el 2016 y 2017, de 98% para el 2018, y de 96% para el 2019. Respecto a la estancia promedio se observa un ligero incremento sostenido; para el 2015 fue de 5.5 días, para el 2016 y 2017 fue 5.6, para el 2018 fue de 5.8 días, y para el 2019 reportó una ligera disminución, siendo de 5.6 días.

En relación a los servicios de la Unidad de Terapia Dialítica, el comportamiento de la diálisis peritoneal para el 2014 fue de 103%, desde el 2015 hasta la fecha el rendimiento ha estado por arriba del 140%, pero para el 2018 fue de 128%, y para el 2019 de 123%. A partir de esa información se estableció la necesidad de crear un sistema de financiamiento para sostener el incremento de procedimientos y de pacientes con enfermedad renal. En el marco de la contención de costos y mantener la calidad del servicio y de vida de los pacientes, se prevé fortalecer la organización del proceso de atención de los pacientes renales y el fortalecimiento del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Domiciliar.

Persisten algunas fallas en la captura de dato del SPME y los cambios de tabuladores que generaron cambios en las fuentes, para el caso la lectura de citologías y datos del banco de sangre. A pesar de lo anterior, los resultados fueron los siguientes

DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLÍNICO

Hematología

La producción del área de Hematología sobrepasa al 100% durante el periodo evaluado en todas las áreas, siendo las áreas en las que se ha procesado la mayor cantidad de exámenes emergencia 151% y consulta externa 142% , focalizado en consultas que utilizan muchos exámenes, como es el caso de medicina interna y cirugía.

Inmunología.

Los datos reportados son 246% en emergencia y para el área de hospitalización 176%, consulta externa 174%. Esto es el resultado de mejorar la disponibilidad de pruebas como Antígenos febriles, factor reumatoideo, Hormona gonadotropina coriónica, Proteína C reactiva, serología para sífilis, T3, T4, TSH, antígeno prostático, mejorando la atención de las sub-especialidades y garantizando la calidad de atención.

Bacteriología

Los porcentajes alcanzados durante este periodo son 136 % , para pacientes procedentes de hospitalización y 117% para consulta externa. Con una tendencia a la disminución con respecto al

año 2018 debido a esfuerzos para tratar de indicar este tipo de pruebas en casos estrictamente necesarios.

Parasitología

La producción para consulta externa es de 119%, 360% para servicios de hospitalización, considerando los ingresos por diarreas se aumentan en determinadas épocas del año, así como 178 % para pacientes procedentes de la unidad de emergencia.

Bioquímica

Se observa que para consulta externa el rendimiento fue de 157% y para los servicios de hospitalización fue de 167%. Emergencia se mantiene con porcentajes elevados, alcanzando 264% de cumplimiento en relación a lo programado.

Urianálisis

A pesar que se han realizado estrategias para tratar de reducir las muestras para procesamiento en Urianálisis, mediante el uso de tiras de comburtest, sin embargo siempre la producción real sobrepasa el valor programado. En consulta externa alcanzó 223% y en hospitalización fue de 206%. En la unidad de emergencia fue de 152%.

DEPARTAMENTO DE IMAGENOLOGIA

Fluoroscopías y Endoscopias

La fluoroscopia alcanzo en el 2019 un rendimiento de 82%, similar al año 2018 de 84%.

Las endoscopias con un cumplimiento de meta de 58%, este último resultado de la inasistencia de los pacientes citados a la realización de procedimiento y a falla en el equipo.

Radiografías

Se alcanzó un rendimiento en radiología del 80 %.

Ultrasonografías

Se tuvo un rendimiento del 103%, manteniendo ese comportamiento desde el 2017.

Tomografía Axial Computarizada

A pesar de fallas en el equipo de tomografía desde junio del 2019 y a escasez de película radiológica, se alcanzó un rendimiento del 43% de estudios realizados, en relación al 2018 de 31%.

Mamografía Diagnostica y de Tamizaje

Los resultados durante este periodo son de 74% para la diagnóstica y 101% para la de tamizaje.

DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Biopsias de cuello uterino, biopsias de mama y de otras partes del cuerpo

Los porcentajes alcanzados durante el periodo evaluado son 99%, 80% y 78% respectivamente, considerando que durante el periodo evaluado el departamento de Anatomía Patológica se ha visto impactado por falta de recurso humano, sin embargo se han realizado esfuerzos para la entrega de reportes de forma oportuna.

OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Ecocardiogramas

Se ha alcanzado 76% en relación a lo programado para los primeros nueve meses del 2019, observando una disminución en el rendimiento en relación al 2018 para el mismo periodo, resultado de que sólo contamos con un cardiólogo para el hospital.

Electrocardiograma

Se alcanzó el 100% en relación a lo programado para los primeros nueve meses. Se hicieron las gestiones para contar con tres equipos para trabajar simultáneamente y cubrir la demanda, que de manera proporcional se focaliza mayoritariamente en los servicios ambulatorios.

Electroencefalograma

El rendimiento fue óptimo, de 100% en relación a lo programado. Se cuenta con un equipo funcionando y un recurso único contratado 8 horas para practicar estos estudios. La demanda proviene de consulta externa, servicios de hospitalización y hospitales periféricos. Las lecturas de

dichos estudios se realizan todos los días por Neurólogo pediatra y los estudios de adultos son leídos una vez por semana por Neurólogo de adultos.

Espirometrías

Durante el periodo evaluado se alcanzó un rendimiento del 59% en base a lo programado, lo cual a pesar de contar con recurso médico responsable de realizar estas pruebas, se ha visto impactado por ausencia de neumólogo para su interpretación.

Pruebas de Holter

El rendimiento de este tipo de pruebas fue de 79% para el periodo. Cada vez se presenta mayor demanda de pacientes provenientes de consulta externa, pero igual, sólo se cuenta con un cardiólogo para el Hospital.

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

Se registra un 104% de producción en relación a lo programado. Hay que mencionar que el departamento cuenta con 4 terapistas, pero en los primeros seis meses se ve favorecido por la presencia de recursos realizando su servicio social, lo cual permite mantener la calidad y cantidad de atenciones brindadas.

RECETA DISPENSADA PARA CONSULTA AMBULATORIA Y PARA HOSPITALIZACION

Al observar el rendimiento del despacho de recetas de consulta (82%) y despacho a hospitalización (89%).

SERVICIOS GENERALES

En los servicios generales, se observan rendimientos acordes al incremento del índice de ocupación del hospital.

ALIMENTACIÓN Y DIETAS

Se obtuvo un rendimiento global de 95% en relación a la meta programada, lo cual se considera dentro de los parámetros adecuados. Es importante mencionar que el departamento de Medicina Interna muestra el nivel más alto de cumplimiento (143%), lo cual está directamente relacionado con su índice de ocupación.

LAVANDERIA

Esta unidad tiene para el 2019, 105% de cumplimiento de la meta programada, Siempre se observa que medicina interna es el servicio que más demanda presenta (136%).

MANTENIMIENTO PREVENTIVO

En el área de mantenimiento preventivo se obtuvo el cumplimiento 98% en relación a las órdenes programadas para los primeros nueve meses.

TRANSPORTE

En esta área se obtuvo un cumplimiento de 88% de kilómetros recorridos en base a los que se programaron como meta, similar al año 2018.

ANÁLISIS FODA

En primer lugar se definió que el Consejo de Gestión Estratégico del Hospital es el responsable de diseñar e implementar el proceso de elaboración del PAOH 2020. El equipo facilitador del proceso fue la Unidad de Planificación Institucional.

Durante la elaboración del PAOH 2020 el equipo facilitador tuvo las siguientes funciones:

- a. Diseñar una metodología adecuada para la planificación, usando herramientas que se adaptaran al estilo del nuevo liderazgo.
- b. Coordinar a las actividades que forman parte del proceso de planeación
- c. Preparar los instrumentos, equipo y materiales que se utilizan en cada actividad
- d. Dirigir las dinámicas para el desarrollo de las actividades.

- e. Procesar la información obtenida para todas las etapas de elaboración del plan.
- f. Ser el enlace, ante eventuales dudas, con la Dirección de Planificación y de Hospitales del Ministerio de Salud.
- g. Consolidar la información y elaborar el documento final del PAOH 2020

El proceso se inició sensibilizando a los participantes sobre la importancia de la planificación:

- a. Se expone la importancia de planificar, tratando de motivar la participación creativa del equipo.
- b. Antes de iniciar el proceso el equipo facilitador expone la metodología y definición de términos en general a los participantes.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y DIAGNÓSTICO

Tal como lo requieren los Lineamientos del MINSAL, se realizó un análisis de la situación actual del hospital en cuanto a: capacidades, problemática, detalle de tendencias y aspectos positivos o negativos que pueden afectar su quehacer en el presente o futuro.

Para el análisis de la situación actual se usó la **técnica FODA** (análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) y la lluvia de ideas (**brainstorming**), mediante esta herramienta se estudia la situación interna y externa, los resultados definirían los temas estratégicos del hospital, a través de la técnica de Balance Estratégico, en base al cual se estableció ponderar cada una de los criterios de las variables del FODA en una escala del 1 al 3. Donde 1 representa el nivel más bajo posible de esa variable y 3 el nivel mayor de actuación en términos de la Institución. A partir de ello se asignará una calificación individual a cada lista, para indicar el grado de cada variable, de ésta manera se puede establecer las diferencias que permita jerarquizarlas.

El resultado de **FODA** fue el siguiente:

FORTALEZAS DEL HOSPITAL	ESCALA
<i>Reconocimiento a gestión financiera</i>	3
<i>Funcionamiento de comités institucionales (Programa)</i>	3
<i>Personal especializado</i>	2
<i>Modelo de gestión</i>	3
<i>Implementación de tecnología</i>	2
<i>Reconocimiento a nivel Internacional</i>	2
<i>Hospital escuela</i>	2
<i>Estructura remodelada (Infraestructura)</i>	3
<i>Reconocimiento de las personas</i>	1
<i>Reconocimiento Nacional</i>	2
<i>Alianzas estratégicas</i>	3
<i>Capacitación de recurso humano</i>	3
<i>Enfoque ciudadano</i>	3
<i>Participación ciudadana (ONGs)</i>	1
<i>Programas y políticas innovadores</i>	3
<i>Impulso de la estrategia para la seguridad de los pacientes</i>	3
<i>Incorporación de modelos de atención innovadores dirigidos a la satisfacción de las partes interesadas</i>	2

DEBILIDADES DEL HOSPITAL	ESCALA
<i>Riesgo de seguridad en instalaciones del hospital (Instalaciones inseguras)</i>	3
<i>No se vive la misión del hospital</i>	3
<i>Personal con tiempo de trabajo para retiro sin ser efectivo</i>	2
<i>Insuficiente cultura de medición (seguimiento) y análisis</i>	2
<i>Insumos insuficientes</i>	1
<i>Déficit en el recurso humano</i>	3
<i>Deficiente comunicación (Externa e Interna)</i>	3
<i>Limitado trabajo en equipo</i>	2
<i>Obsolencia de equipo e infraestructura</i>	3
<i>Limitada cobertura en el mantenimiento preventivo</i>	2
<i>Deficiencia en la implicación de los resultados laborales de los residentes</i>	3
<i>Déficit de investigación</i>	3
<i>Falta de sub especialistas</i>	3
<i>No se asegura el resguardo de información</i>	3
<i>Falta de evaluación costo- beneficio de los Outsourcing</i>	2
<i>Falta de calidad de los datos</i>	3
<i>Uso de software libre</i>	2
<i>Ausentismo del personal</i>	2

<i>Personal indisciplinado</i>	1
<i>Clima organizacional inadecuado focalizado en áreas específicas</i>	2
<i>Limitado nivel de concientización para la protección del medio ambiente desde los procesos hospitalarios</i>	2
<i>Limitado involucramiento con los valores institucionales que afectan la humanización de los servicios</i>	3
<i>Falta de una estrategia para asegurar el cumplimiento de la normativa vigente</i>	3
<i>Falta y/o falta de socialización de protocolos sistematizados de acción ante eventos en el marco de la seguridad hospitalaria</i>	2
<i>Deficiencia en la sistematización y homogenización del sistema de control</i>	3
<i>Falta de un protocolo sistematizado de rendición de cuentas</i>	1
<i>Falta de un protocolo sistematizado de generación de decisiones sobre la base de información para garantizar el control</i>	2
<i>Débil y lento esfuerzo de adecuación de los procesos hospitalarios al nuevo marco legal vigente</i>	3

OPORTUNIDADES DEL HOSPITAL

ESCALA

<i>Redes sociales</i>	3
<i>Cooperación Internacional</i>	3
<i>Capacitación del personal</i>	3
<i>Convenios</i>	3
<i>Alianzas estratégicas (Nuevas)</i>	3
<i>Fortalecimiento de las relaciones y cooperación en el marco de los elementos de la RIIS</i>	3
<i>Cambio tecnológico</i>	3
<i>Trabajo interinstitucional</i>	3
<i>Trabajo intersectorial</i>	3
<i>Compras en bolsa de valores</i>	2
<i>Reforma presupuestaria(presupuesto por resultados)</i>	2
<i>co-responsabilidad social</i>	3

AMENAZAS DEL HOSPITAL

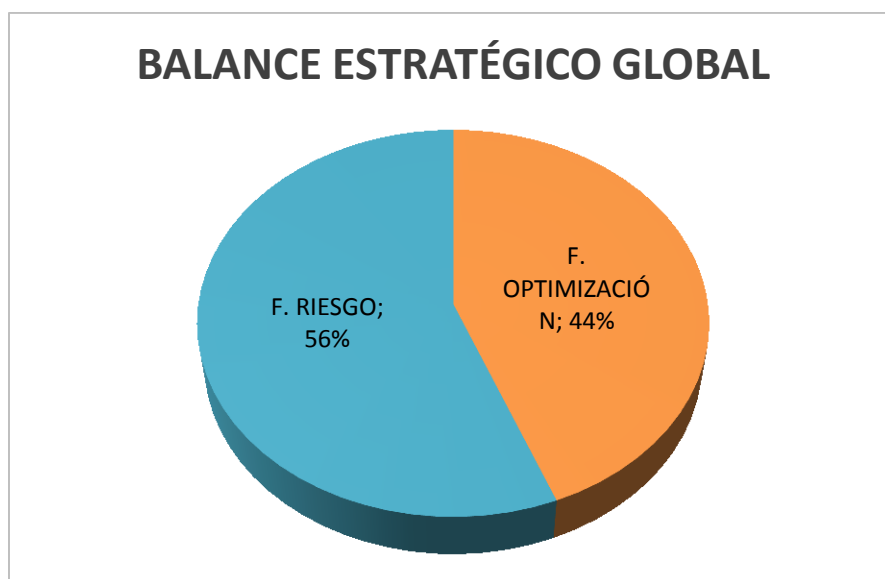
ESCALA

<i>opinión publica en Redes sociales</i>	3
<i>Incertidumbre política</i>	1
<i>Epidemias o desastres</i>	3
<i>Violencia</i>	3
<i>Grupos sociales organizados</i>	2
<i>Incumplimiento de la Ley de Medicamentos</i>	2

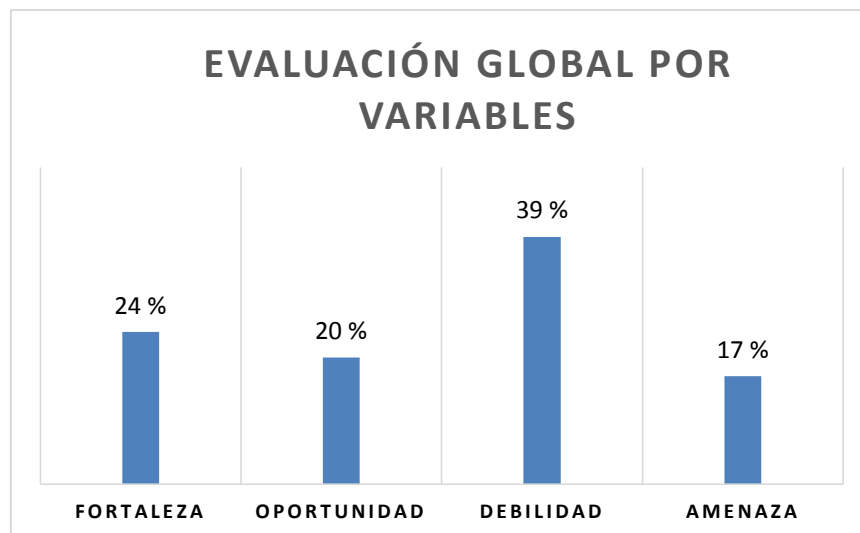
<i>Déficit en programas de post grado</i>	3
<i>Modelos históricos de financiamiento hospitalario</i>	3
<i>Mecanismo de Asignación de recurso humano a los establecimientos</i>	3
<i>Cambio climático</i>	3
<i>Falta de programas de interinato</i>	2

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS PRIORIZADOS

El balance estratégico global del Hospital para el inicio del quinquenio fue el siguiente:



Los factores de riesgo representan el peso porcentual de acuerdo a la escala, de la suma de las debilidades y las amenazas, y los factores de oportunidad son la suma de las fortalezas y oportunidades. En éste caso se refleja que el Hospital inicia bajo una fuerte influencia de factores de riesgo, impulsado de manera importante por las debilidades internas, como se puede ver en la gráfica siguiente:

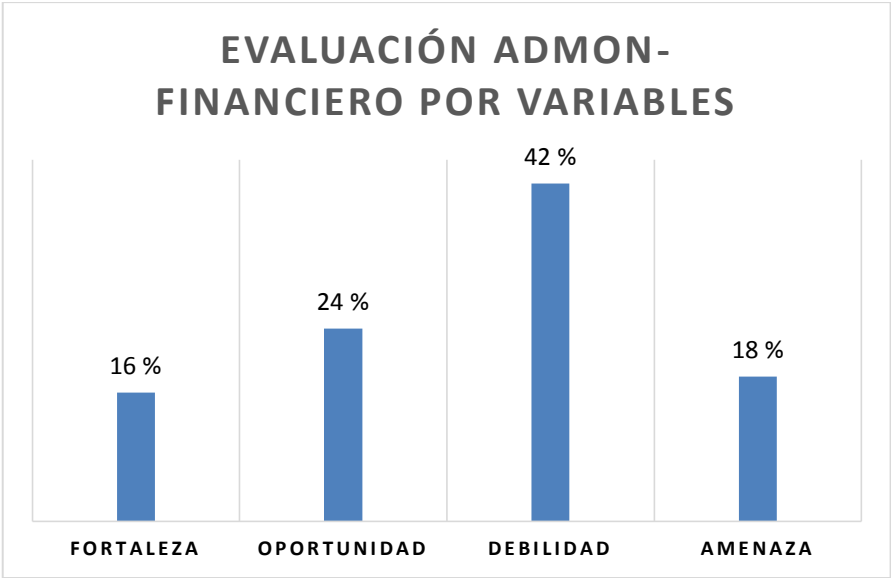
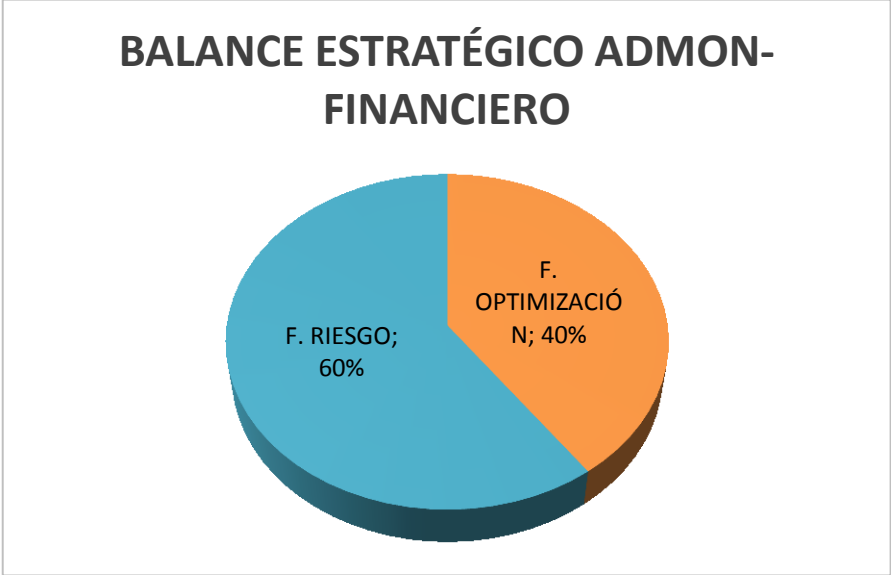


Lo anterior nos permite valorar que las debilidades, por ser del entorno interno, pueden ser objeto de mejoras porque son vulnerables a nuestras intervenciones.

Luego se realizó la identificación de los criterios de análisis, que no son más que factores relevantes para el desempeño del Hospital, en base a las prioridades enmarcadas en la misión, visión y objetivos institucionales. Estos criterios, en el marco de los resultados del balance estratégico, se volverían en la base de los problemas identificados y nos permitirían identificar los factores de oportunidad que aprovechar y de riesgo que superar, para que posteriormente dieran pie a los objetivos estratégicos. Los criterios fueron los siguientes

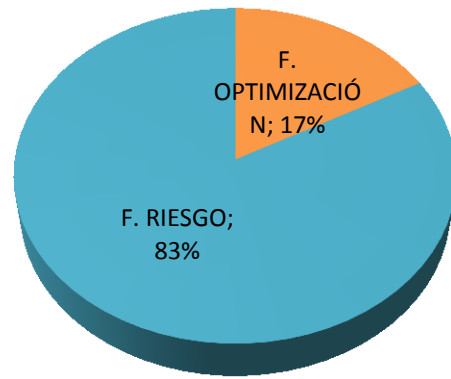
1. Criterio del marco administrativo-financiero del Hospital
2. Criterio respecto al nivel de cultura organizacional respecto a la seguridad y gestión de los riesgos
3. Criterio respecto a la política institucional de generar innovación en la aplicación de la tecnología sanitaria
4. Criterio respecto al modelo de calidad y la información institucional
5. Criterio sobre la participación ciudadana en las decisiones institucionales que les afecta y el sistema de comunicación del Hospital

Los resultados en gráficas fueron los siguientes:

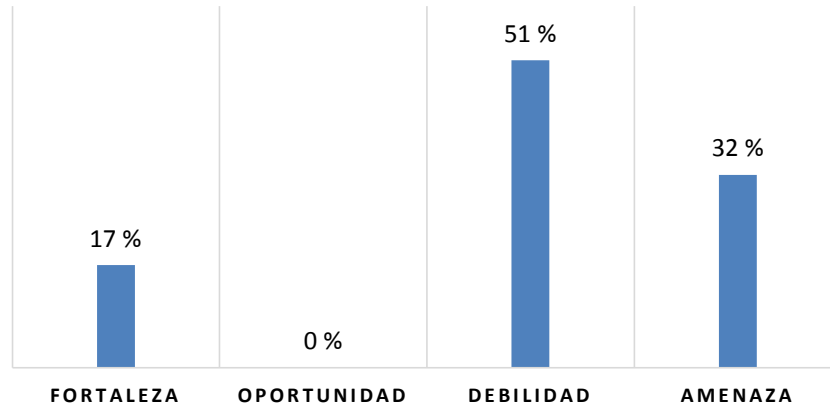


Un balance estratégico a favor de los factores de riesgo, fuertemente influenciados por las debilidades identificadas en el área administrativa financiera.

BALANCE ESTRATÉGICO GESTIÓN DEL RIESGO

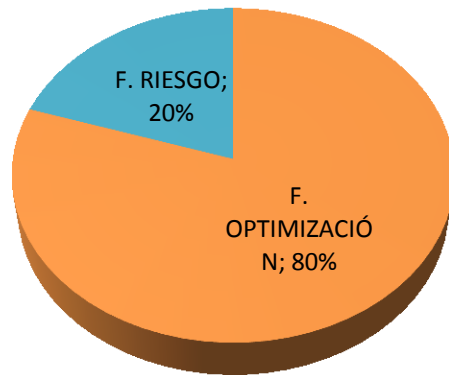


EVALUACIÓN DEL RIESGO POR VARIABLES

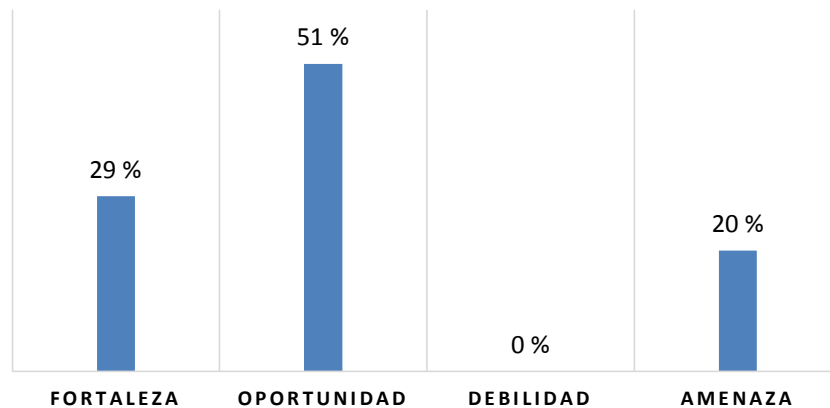


Un balance estratégico a favor de los factores de riesgo, fuertemente influenciados por las debilidades identificadas en el área de sistemas de seguridad y gestión del riesgo en el Hospital.

BALANCE ESTRATÉGICO INNOVACIÓN

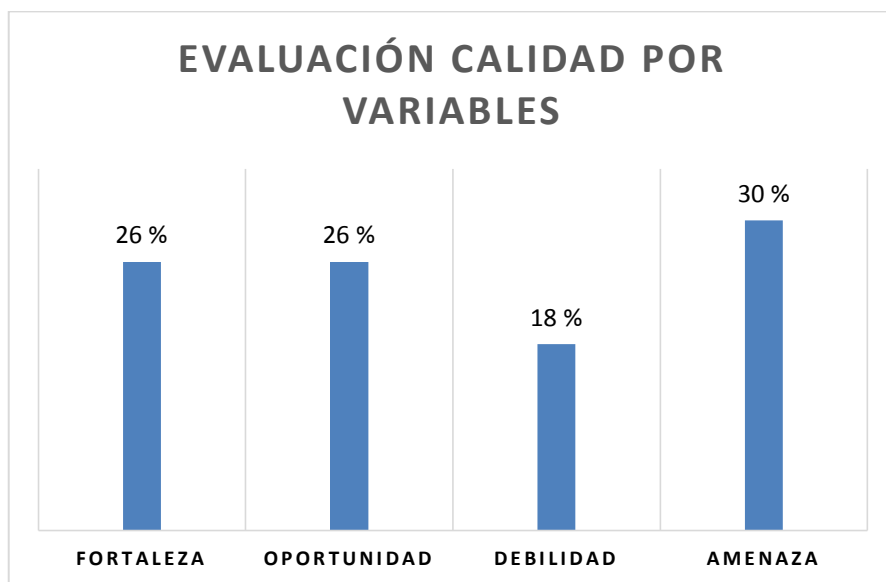


EVALUACIÓN DE LA INNOVACIÓN POR VARIABLES



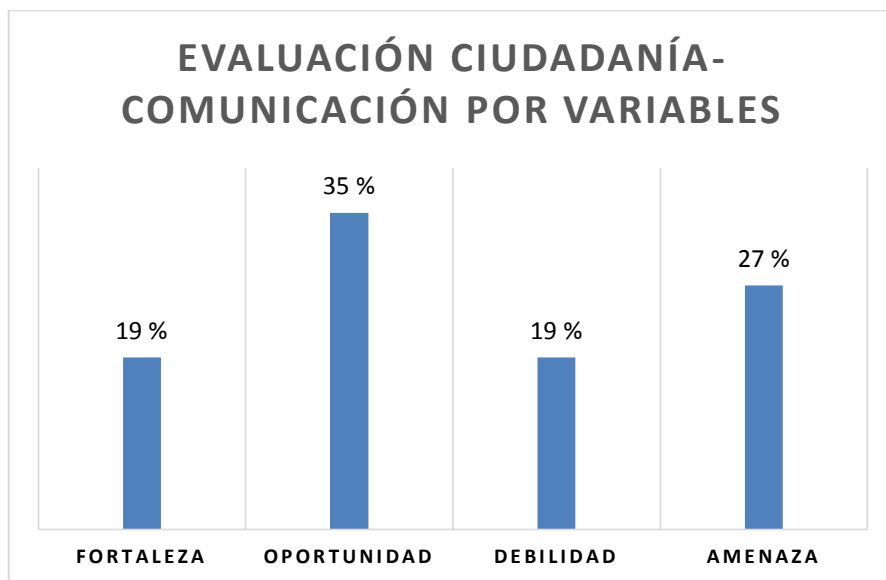
Balance estratégico fortalecido por los factores de oportunidad de manera impresionante, a partir de las oportunidades (factores externos) identificados en el FODA. Estas deberán ser

aprovechadas al máximo para potenciar el desarrollo de la innovación en la aplicación de la tecnología sanitaria.



Balance estratégico potenciado levemente por los factores de oportunidad, tanto externos como internos. Pero es importante que para desarrollar y aprovechar esta ventaja es indispensable que

trabajemos en contener las amenazas que pueden ensombrecernos el desarrollo del modelo de calidad institucional y el sistema de información que genere oportunidad, confiabilidad y certidumbre.



Parece obvio que el balance estratégico en la temática de participación ciudadana y el sistema de comunicación institucional se beneficia parcialmente de los factores de oportunidad, y muy especialmente por los elementos del entorno interno de oportunidades. Éstas hay que aprovecharlas para superar la brecha comunicacional y generar los espacios al ciudadano para que se comunique con las autoridades y participe activamente en la gestión y resultados del Hospital.

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS Y DEFINICIÓN DE OBJETIVOS DEL POAH

Para la formulación del PAOH 2019 se identificaron y priorizaron los problemas que surgieron del consenso y participación de la alta gerencia y los mandos intermedios, de la misión, visión y objetivos institucionales, pero también se consideraron los objetivos enmarcados en el Plan Cuscatlán y los lineamientos recibidos del MINSAL.

Por lo tanto, una vez definidos y documentados los problemas se procedió a traducirlos en objetivos, resultados esperados, y por último actividades, usando para ello el formato propuesto para tal efecto por el MINSAL. Todo lo anterior pasó por un proceso de identificar las necesidades del pensamiento estratégico, el pensamiento táctico, el pensamiento operativo. Esto fue con el objetivo de segregar aquellos objetivos que pertenecían a cada uno de los pensamientos y poder desarrollarlos en los niveles correspondientes.

IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS - PLAN OPERATIVO 2020			
Nº	IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS	PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVOS DEL POAH
1	Déficit en la gestión administrativa-financiera	Déficit en la gestión administrativa-financiera	Fortalecer el modelo de gestión administrativo-financiero sobre la base de la eficiencia, efectividad, eficacia, oportunidad y transparencia
2	Limitado desarrollo de la cultura organizacional orientada a la seguridad y la gestión de riesgos	Limitado desarrollo de la cultura organizacional orientada a la seguridad y la gestión de riesgos	Fortalecer la cultura organizacional orientada a la seguridad y gestión de riesgos
3	Limitados resultados a partir del modelo tradicional de la prestación de los servicios hospitalarios	Limitados resultados a partir del modelo tradicional de la prestación de los servicios hospitalarios	Potenciar la innovación y los modelos alternativos en la prestación de los servicios
4	Déficit en la incorporación de las estrategias de la Política de Calidad Institucional	Déficit en la incorporación de las estrategias de la Política de Calidad Institucional	Potenciar las estrategias de la Política de Calidad Institucional y la gestión clínica
5	Insuficiente gestión de la ciudadanía y del sistema de comunicaciones institucional	Insuficiente gestión de la ciudadanía y del sistema de comunicaciones institucional	Fortalecer la participación ciudadana y el sistema comunicacional interno y externo

VALORACIÓN DE RIESGOS (Anexo 4)

PROCESO	RIESGOS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DEL RIESGO. F	MAGNITUD DEL IMPACTO DEL RIESGO. I	EXPOSICIÓN AL RIESGO (F * I)	ACCIONES PARA EL CONTROL DE RIESGO	RESPONSABLES
CONSULTA	Pacientes Uruarios y acompañantes de pacientes que llegan a Consulta Externa sufren descompensacion aguda frecuentemente incluso habiendo 2 fallecidos	4	4	16	Capacitacion al personal de enfermería y medicos de apoyo en RCP basico	Jefatura medica y de Enfermería de Consulta Externa
	No contamos con areas adecuadas para atencion de pacientes que presentan descompensacion aguda en Consulta Externa	4	4	16	Fortalecer Hospital de día en Consulta Externa (planta baja) y adecuar area fisica para la atencion de emergencias en planta alta	
EGRESOS	Que no se registre las acciones en el expdiente clínico en forma completa y que no se entregue al paciente el número de formularios normados al alta	3	3	9	implementar el libro de control de registro de orientacion al alta. Medicion de la satisfaccion del usuario para identificar oportunidades de mejora.	Jefatura de medicina interna
	Ausencia de médico staff para la actividad especifica	1	2	2	Rotación de personal disponible	Jefe médico y de enfermería de Pediatría
	Ausencia de personal de enfermería para la actividad especifica	2	2	4	Rotación de personal disponible	
	Alta médica no firmada por médico staff, los fines de semana	4	2	8	Jefe de servicio firmara altas de fin de semana	Jefe de Servicio de Cirugía
PARTOS	Infraestructura inadecuada	3	4	12	Gestionar la señalización adecuada	Jefe de Ginecologia y Obstetricia
	Falta de señalización inadecuada en el edificio de Maternidad	3	4	12		

PROCESO	RIESGOS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DEL RIESGO. F	MAGNITUD DEL IMPACTO DEL RIESGO. I	EXPOSICIÓN AL RIESGO (F * I)	ACCIONES PARA EL CONTROL DE RIESGO	RESPONSABLES
CIRUGÍAS	Solicitud de sala con informacion incorrecta (datos, registros, ilegible)	2	2	4	Reportas solicitud incorrectas a las areas quirurgicas involucradas del hospital y concientizar y socializar el correcto llenado y su importancia de la solicitud de cupo de sala.	Jefatura de Sala de Operaciones
	Solicitud no se entregue.(extravio, olvido)	2	4	8	Notificacion: concientizar el valor y riesgos al perder cupo quirurgico , al personal responsable de la entrega de la solicitud.internos,residentes, staff. Del area quirurgica.	
	No exista equipo/insumo quirurgico ideal para el tipo de intervencion quirurgica.	1	4	4	Monitorear y revisar lista de insumos y equipos previa cada semana, de acuerdo a demanda / oferta, internamente.	
	Paciente no se presente	2	3	6	Mantener comunicaci3n con los servicios de origen, para poder reportar anticipadamente motivo de ausencia y refiriendo caso, a trabajo social para verificar motivo y darle seguimiento.	Jefatura de Sala de Operaciones
	Paciente no apto para su intervencion.(febril, hipotenso,hipertenso,tos, gripe, hiperglicemico, etc)	3	4	12	Reportar casos a sus respectivos servicios, en forma mensual, con notificacion: concientizando mejorar la evaluacion previa por medico responsable, antes de trasladarlo a sala de operaciones o al presentarse previo a su preparacion en su servicio PARA EVITAR PROGRAMACI3N INNECESARIA O NO PERTINENTES.	
	Valoraciones no aceptables (incompletas o vencidas)	3	4	12	Concientizar a los m3dicos de staff al control oportuno de la calidad de las valoraciones preoperatorias	
	Incumplimiento de indicaciones (anestésicas, medicas)	2	3	6	Concientizar a los m3dicos de staff al control oportuno de la calidad del cumplimiento de las indicaciones preoperatorias	

PROCESO	RIESGOS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DEL RIESGO. F	MAGNITUD DEL IMPACTO DEL RIESGO. I	EXPOSICIÓN AL RIESGO (F * I)	ACCIONES PARA EL CONTROL DE RIESGO	RESPONSABLES
CIRUGÍAS	Equipo de anestesia falle antes o durante intervencion.	1	5	5	Verificar cada mes, con la dependencia responsable, el cumplimiento de mantenimiento de todo el equipo anestésico y quirúrgico que lo amerite.	Jefatura de Sala de Operaciones
	Instrumental quirúrgico inadecuado o no este disponible.	2	4	8	Monitorear y revisar lista de insumos, instrumental y equipos, su integridad, vigencia cada semana, previo de acuerdo a demanda / oferta, por solicitud, internamente.	
	Contaminación con fluidos biológicos el personal de salud	1	4	4	Reforzar al personal de la importancia y riesgo, de las medidas de bioseguridad, exponiendo: charlas, capacitaciones, así como monitorizar el cumplimiento de la normativa en sala de operaciones de actividades ya programadas de bioseguridad, como desinfección de equipo, quirofanos, cultivos, etc.	
	Personal medico, anestesiologo o enfermeria o ausente.	1	4	4	Gestionar con jefaturas de dpto. o enfermería la sustitución inmediata del recurso ausente para la realización del acto quirúrgico	
	Falta de medicamentos indispensables en recuperacion .	2	4	8	Verificación previa de stock de medicamentos, reportar o gestionar medicamentos faltantes, consultar disponibilidad en farmacia, monitorizar rutina de pedido diario.	Jefatura de Sala de Operaciones
	Falla de equipos de monitoreo en recuperación	2	3	6	Cumplimiento de mantenimiento de los equipos actuales, y mantener equipo disponible completo y en buen estado (alternar con los de dentro de quirofanos) disponibles en caso de ser necesarios. Gestionar la compra de monitores completos necesarios para esta area.	

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE GESTIÓN PARA EL AÑO 2020

No.	HOSPITAL: <i>Nacional San Juan de Dios, Santa Ana</i>	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			2do. Trimestre			3er. Trimestre			4to.. Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Prog.	Realiz.	%	Prog.	Realiz.	%	Prog.	Realiz.	%	Prog.	Realiz.	%	
1	Objetivo 1: Fortalecer el modelo de gestión administrativo-financiero sobre la base de la eficiencia, efectividad, eficacia, oportunidad y transparencia																	
1,1	Resultado esperado: Implementar un sistema de control de la productividad, eficiencia y calidad, que potencie la toma de decisiones en base a información																	
1.1.1	Identificación de las necesidades de control institucional e Implementación de los indicadores claves de rendimiento.	Documento de indicadores claves de rendimiento aprobado por la Dirección	Documento de indicadores claves de rendimiento aprobado por la Dirección	A través de la verificación del documento meta	Dirección, Jefe UOC , UPI, Jefe UFI, Jefe División Admon y de Enfermería							1		0%				Priorización de las actividades y sus resultados por la alta gerencia, para gestionar adecuadamente sus tiempos
1.1.2	Diseño de los flujogramas para la ruta bidireccional de la información generada por el Hospital priorizada	Documento de flujogramas oficializado por la Dirección	Documento de flujogramas oficializado por la Dirección	A través de la verificación del documento meta	Dirección, Comunicaciones, 4 Jefes de División y Dra. Dalia Aguilar				1		0%							
1.1.3	Seguimiento de la estrategia de austeridad institucional	Informe de seguimiento entregado y presentado al CEG	Informe de seguimiento entregado y presentado al CEG	A través de la verificación del documento meta	Dirección, División Admon y Comisión para la estrategia de austeridad							1		0%				
1.1.4	Elaborar estudio de evaluación de los outsourcing (equipos en comodato o servicios terciarizados) priorizados	Documento de resultados del estudio entregado en la Dirección y presentado al CEG	Documento de resultados del estudio entregado en la Dirección y presentado al CEG	A través de la verificación del documento meta	Dirección, Asesor de medicamentos, Admon , Jefes de División y Jefe UFI							1		0%				Asistencia técnica (economistas por ejemplo) gestionada con Universidades u otras alternativas

1.1.5	Seguimiento del Programa de Supervisión de la Dirección y el Equipo de Gerencia (ESHO)	Igual 100%	% de supervisiones realizadas en base a las programadas	A través de la verificación de los documento de supervisión	Dirección, Sub-Dirección y 4 jefes de división	100		0%	100		0%	100		0%	####		0%	Priorización de las actividades y sus resultados por la alta gerencia
1,2	Resultado esperado: Desarrollar la cadena de suministros (medicamentos e insumos médicos) sobre la base de la gestión por procesos																	
1.2.1	Elaboración de los procesos integrados de la cadena de suministros y aprobación por la Dirección	Documento de procesos integrados aprobados por la Dirección	Documento de procesos integrados aprobados por la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, Asesor de medicamentos , División Admon y Jefe UFI	1		0%										Voluntad política administrativa de la alta gerencia
1.2.2	Evaluación de los procesos integrados de la cadena de suministros	Documento de evaluación de los procesos integrados	Documento de evaluación de los procesos integrados	Verificación física del documento meta	Dirección y Responsable del proceso										1		0%	
1.2.3	Elaborar y presentar informe de indicadores claves de rendimientos del cumplimiento de contratos	Entre 90 y 100%	% de Admon de contratos reportando evaluaciones de indicadores priorizados por contratos	Informes presentados en la Dirección	Dirección y Jefe UACI y equipos Ad hoc a la naturaleza de contrato				Entre 90 y 100							Entre 90 y 100		Implementar mecanismo de supervisión a la UACI para el cumplimiento de la actividad
1,3	Resultado esperado: Desarrollar un sistema de control para la gestión efectiva y oportuna del recurso humano (médicos y enfermeras)																	
1.3.1	Estudio de factibilidad para un Programa de incorporación de interinatos para médicos y paramédicos	Documento de factibilidad entregado a la Dirección	Documento de factibilidad entregado a la Dirección	Verificación física de documento meta	Dirección y Jefe de RRHH				1		0%							Cumplimiento del marco normativo
1.3.2	Implementar el sistema de planeación de recursos humanos para médicos y enfermeras para conocer la distribución en base a tareas asignadas	Documento de análisis de la distribución del RRHH entregado a la Dirección	Documento de análisis de la distribución del RRHH entregado a la Dirección	Verificación física de documento meta	Dirección, Jefe de RRHH , UPI, Jefe ESDOMED, División admon, enfermería y médico quirúrgico	1		0%										Necesidad precisa de información para la reforma presupuestaria
1,4	Resultado esperado: Apoyar el desarrollo del talento humano, competencias, habilidades y destrezas, sobre la base de los valores institucionales																	

1.4.1	Seguimiento y control del Programa de Capacitaciones Institucional	100	% de cumplimiento del Plan de Capacitaciones	Listados de asistencia	Dirección, Sub-Dirección, Jefe de RRHH y Jefe UDP	100		0%	100		0%	100		0%				Implementar estrategia para aumentar el nivel de asisitencia de los invitados a capacitarse
1.4.2	Diseño e implementación de Programa de Humanización de los Servicios de Salud en el Hospital	100	% de actividades del Plan ejecutadas	Listados de asistencia	Dirección, Jefe de RRHH y Jefe UOC				1		0%				1		0%	Implementar estrategia para aumentar el nivel de asisitencia de los invitados a capacitarse
1.4.3	Elaborar propuesta para un modelo organizativo institucional dirigido a fortalecer la investigación científica en el Hospital	Documento entregado a la Dirección	Documento entregado a la Dirección	Verificación física de documento meta	Dirección, Jefe UDP, Jefe de División Médica, División de Apoyo, División de Enfermería, Asesor Médico de Suministros y coordinador del comité de investigación y ética	100		0%	100		0%	100		0%				Lograr consensos con las partes interesadas
1.4.4	Seguimiento al desarrollo de competencias de los administradores de contrato	90%	% de actividades para el desarrollo de competencias realizadas en base a las programadas	Listados de asistencia	Dirección y Jefe UACI	1		0%	1		0%	1		0%	1		0%	Supervisión de las actividades del Jefe UACI
1.4.5	Organización y desarrollo del Primer Congreso Anual del Hospital	Congreso Anual del Hospital realizado	Congreso Anual del Hospital realizado	Verificación física	Dirección, Comité Organizador							1		0%				Financiamiento exitoso del Congreso

1.4.6	Seguimiento a los Cursos 2020 programados en el Departamento de Cirugía (Cirugía Laparoscópica básica para residentes y médicos agregados), Departamento de Medicina Interna y Unidad de Terapia Dialítica (Curso básico para atención de paciente renal) y el Curso de RCP básico y avanzado a nivel hospitalario	Informe de seguimiento de los cursos programados	Informe de seguimiento de los cursos programados	Verificación física de documentos meta	Dirección, Jefe de División Médica, Enfermería y UDP				1										Coordinación con los responsables de la ejecución de los Cursos programados	
1.5	Resultado esperado: Fortalecer institucionalmente la gestión documental y metodología para archivarla																			
1.5.1	Creación por Acuerdo del Comité para realizar la identificación documental y capacitación del mismo	Acuerdo con funciones aprobado por la Dirección	Acuerdo con funciones aprobado por la Dirección	Verificación física de documento meta	Dirección y Jefe de RRHH	1			0%										Asegurar formación especializada en el tema para los miembros del Comité	
1.5.2	Proponer una estrategia para organizar los archivos institucionales	Plan entregado a la Dirección	Plan entregado a la Dirección	Verificación física de documento meta	Dirección, Coordinador y el equipo del Comité	1			0%											
2	Objetivo 2: Fortalecer la cultura organizacional orientada a la seguridad y gestión de riesgos																			
2.1	Resultado esperado: Gestionar los riesgos administrativo-financieros																			
2.1.1	Seguimiento del cumplimiento y efectividad de las actividades de control en el marco de las NTCIE	Informes entregados en baxe a los programados	Informes entregados en baxe a los programados	Verificación física del documento meta	Dirección, Sub-Dirección y Jefes de División	1			0%	1			0%	1			0%	1		0%
2.1.2	Evaluación del Sistema del marco normativo del Control Interno del Hospital	Documento de evaluación entregado a la Dirección	Documento de evaluación entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección y UPI									1				0%		Apoyo del nivel gerencial a las actividades programadas
2.1.3	Diseñar e implementar una estrategia para el cumplimiento de la normativa vigente en áreas priorizadas en el marco de Sistema de Control Interno y gestionar el riesgo de fraude	Documento entregado a la Dirección	Documento entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección y colaborador jurídico									1				0%		

2,2	Resultado esperado: Gestionar los riesgos ambientales, seguridad e higiene ocupacional																	
2.2.1	Seguimiento del Programa de Adecuación Ambiental para el año 2020 en el marco del Diagnóstico Ambiental del Hospital	Informes entregados a la Dirección en base a los programados	Informes entregados a la Dirección en base a los programados	Verificación física del documento meta	Dirección, División Admón y Comité Medio-ambiental				1		0%				1		0%	Adecuado funcionamiento de los comités respectivos
2.2.2	Seguimiento del Plan de Seguridad e Higiene Ocupacional para el 2020	Informes entregados a la Dirección en base a los programados	Informes entregados a la Dirección en base a los programados	Verificación física del documento meta	Dirección, División Admón y Comité de Seguridad e Higiene Ocupacional				1		0%				1		0%	
2,3	Resultado esperado: Gestionar los riesgos de seguridad de los pacientes en el ambiente hospitalario																	
2.3.1	Seguimiento de los resultados de la implementación del PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS y de la evaluación de los incidentes y eventos adversos	Informe presentado a la Dirección y presentado al CEG	Informe presentado a la Dirección y presentado al CEG	Verificación física del documento meta	Dirección y UOC	1					0%			1			0%	Potenciar el reporte de incidentes y eventos adversos
2,4	Resultado esperado: Gestionar los riesgos de la seguridad hospitalaria																	
2.4.1	Seguimiento a las actividades para mejorar el nivel de seguridad hospitalaria en base a la evaluación del mismo	Informe presentado a la Dirección y presentado al CEG	Informe presentado a la Dirección y presentado al CEG	Verificación física del documento meta	Dirección y División Admon	1					0%			1			0%	Acompañamiento técnico de OPS/DIPECHO
2.4.2	Seguimiento a las medidas implementadas que buscan garantizar la seguridad del personal e instalaciones en el marco de los riesgos sociales o de violencia	Informe presentado a la Dirección y presentado al CEG	Informe presentado a la Dirección y presentado al CEG	Verificación física del documento meta	Dirección, Jefe División Admon y Jefe de Vigilancia y Portería	1					0%			1			0%	
3	Objetivo 3: Potenciar la innovación y los modelos alternativos en la prestación de los servicios																	
3,1	Resultado esperado: Acciones orientadas a generar las bases para la implementación de modelos innovadores de atención a los ciudadanos																	

3.1.1	Incorporación y retiro de medicamentos en base a MBE y a través del recurso humano formado en tecnología sanitaria	100	% de propuestas de Incorporación o retiro de medicamentos en el listado Institucional en base a MBE y a través del recurso humano formado en tecnología sanitaria	Actas de Comité Farmacoterapéutico	Dirección, Comité Farmacoterapéutico y Asesor de Suministros médicos												100	0%	Acatar disposición gerencial por parte de los profesionales
3.1.2	Diagnóstico de la necesidades de sistemas de información existentes en el hospital	Documento entregado a la Dirección	Documento entregado a la Dirección	Verificación física de documento meta	Dirección, Jefe División Admon , médica quirúrgica y de apoyo, Jefe UFI, Jefe RRHH, Jefe ESDOMED				1		0%								Conocimiento práctico de los sistemas de información
3.1.3	Construcción y/o remodelación para la Unidad de Emergencia pediátrica	Obra física entregada	Obra física entregada	Verificación física	Dirección, Jefatura de División Médico quirúrgica, División Admon , Jefe de Pediatría, Jefe de Neonatos y Jefe de Emergencia												1	0%	Apoyo y acompañamiento de cooperantes
3.1.4	Integración del servicio de neonatos en una sola infraestructura	Informe de integración física y funcional concluida	Informe de integración física y funcional concluida	Verificación física	Dirección, Jefe de División Médica , División Admon, Jefe de Pediatría y Jefe de Neonatos				1		0%								Planificación adecuada del proceso de integración física y funcional
3,2	Resultado esperado: Implementación de modelos alternativos para la prestación de los servicios de salud																		

3.2.1	Diseñar e implementar un modelo de atención intrahospitalaria dirigido a beneficiar a la población Geriátrica en el contexto de sus necesidades y la solución de sus problemas de salud	Documento del modelo entregado a la Dirección	Documento del modelo entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, División Médico quirúrgica , División admon, Jefes de Departamento de Medicina Interna								1		0%					Diseño metodológico bajo consenso con los profesionales y usuarios	
3.2.2	Diseñar e implementar propuesta organizacional y modelo de atención para una Clínica de Anticoagulación	Documento del modelo entregado a la Dirección	Documento del modelo entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, División Médica Quirúrgica y Jefaturas del Dpto de Medicina Interna y Jefe UTI								1		0%						
3.2.3	Elaborar e implementar una propuesta innovadora que fortalezca el modelo de gestión de la práctica hospitalaria de la enfermería	Documento del modelo entregado a la Dirección	Documento del modelo entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, Jefe de División de Enfermería , Sub-Jefe y Supervisoras				1		0%										
3.2.4	Desarrollar modelo integral de atención en red para pacientes hipertenso y/o diabéticos ambulatorio	Documento del modelo entregado a la Dirección	Documento del modelo entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, Sub-Dirección, UPI, Jefe de División Médico quirúrgica , admon, de Apoyo y de Enfermería								1								
4	Objetivo 4: Potenciar las estrategias de la Política de Calidad Institucional y la gestión clínica																				
4,1	Resultado esperado: Control de la aplicación y cumplimiento de las guías de práctica clínica y/o protocolos de atención																				
4.1.1	Elaboración de herramientas y metodología para el control del cumplimiento de las guías de práctica clínica y/o protocolos de atención priorizados por departamento médico	Documento de listas de chequeo entregado a la Dirección	Documento de entregado a la Dirección	Verificación física de documento meta	Dirección, División Médica Quirúrgica y Jefaturas de los Dptos de Medicina interna, cirugía y pediatría				1		0%									Aplicación de metodología para la creación de estándares de calidad	
4,2	Resultado esperado: Evaluación y seguimiento de la Política de Calidad del Hospital																				

4.2.1	Seguimiento a los programas de mejora continua resultado de los ciclos PHVA aplicados a los diferentes procesos dentro de la Institución	Informe de seguimiento entregado a la Dirección y presentado al CEG	Informe de seguimiento entregado a la Dirección y presentado al CEG	Verificación física de documento meta	Dirección, cuatro Jefes de División y UOC				1		0%					1		0%	Encontrar la herramienta de Ciclo PEVA útil y práctica por parte de las jefaturas de unidades organizativas
4.2.2	Conformación de un equipo multidisciplinario que impulse el fortalecimiento del Modelo de Gestión por Procesos y proponga estrategias viables para modificar la cultura organizacional que genere los cambios para la adopción de la herramienta	Documento para el fortalecimiento del Modelo de Gestión por Procesos entregado a la Dirección y presentado al CEG	Documento para el fortalecimiento del Modelo de Gestión por Procesos entregado a la Dirección y presentado al CEG	Verificación física de documento meta	Dirección, Sub-Dirección, UOC, UPI, cuatro Jefes de División, Jefe RRHH				1		0%								Apoyo político administrativo por la alta gerencia
4.2.3	Actualización de la Estrategia de Incentivos no Financieros del Hospital	Documento de actualización entregado a la Dirección y presentado al CEG	Documento de actualización entregado a la Dirección y presentado al CEG	Verificación física de documento meta	Dirección, Sub-Dirección, Jefe RRHH y cuatro Jefes de División	1					0%								Apoyo político administrativo por la alta gerencia
5	Objetivo 5: Fortalecer la participación ciudadana y el sistema comunicacional interno y externo																		
5,1	Resultado esperado: Control de la efectividad en la aplicación del Manual de Comunicaciones																		
5.1.1	Realizar encuesta de satisfacción por la calidad de la comunicación ascendente y descendente dirigida al personal institucional	Informe de evaluación de resultados de las encuestas	Informe de evaluación de resultados de las encuestas	Verificación física del documento meta	Dirección y Comunicaciones											1		0%	Diseño metodológico adecuado para la selección y formulación de las preguntas
5,2	Resultado esperado: Mejorar el acceso de los ciudadanos a los servicios que el Hospital presta																		

5.2.1	Elaborar y socializar la Guía de Trámites institucionales	Documento de Guía entregado a la Dirección	Documento de Guía entregado a la Dirección	Verificación física del documento meta	Dirección, Sub-Dirección , cuatro jefes de División, Jefe ODS, Jefe Trabajo Social y Comunicaciones				1		0%							Asistencia técnica para el diseño
5,3	Resultado esperado: Fortalecer la estrategia del canal de comunicación de los ciudadanos con la gerencia hospitalaria en relación a sus insatisfacciones por los servicios que recibe																	
5.3.1	Evaluación de los resultados de los procesos de ODS	100	% de cumplimiento de metas y de actividades de los procesos de ODS	Verificación física en informe de resultados	Dirección, Jefe ODS y UOC				1		0%							Cumplimiento normativo
5.3.2	Diseñar e implementar una estrategia para que el personal del Hospital pueda exponer sus recomendaciones, insatisfacciones o necesidades	100	% de las estrategias planteadas en funcionamiento	Verificación física	Dirección, Sub-Dirección y Jefe de RRHH	1					0%							Voluntad política gerencial para desarrollar y abrir los espacios para el personal
5,4	Resultado esperado: Fortalecer el cumplimiento normativo en relación a los derechos ciudadanos																	
5.4.1	Diseñar, socializar e implementar el flujograma para la atención de las denuncias ciudadanas en el marco de la Ley de Procedimientos Administrativos	Documento de flujograma aprobado y socializado por la Dirección	Documento de flujograma aprobado y socializado por la Dirección	Verificación física	Dirección y colaborador jurídico	1					0%							Cumplimiento normativo

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES PARA EL AÑO 2020

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
Servicios Finales. Consulta Externa Médica													
Especialidades													
Especialidades Básicas													
Medicina Interna	3.039	3.039	3.039	3.039	3.039	3.039	3.039	3.039	3.039	3.039	3.039	3.041	36.470
Cirugía General	584	584	584	584	584	584	584	584	584	584	584	594	7.018
Pediatría General	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	5.472
Ginecología	950	950	950	950	950	950	950	950	950	950	950	950	11.400
Obstetricia	538	538	538	538	538	538	538	538	538	538	538	542	6.460
Psiquiatría	627	627	627	627	627	627	627	627	627	627	627	627	7.524
Sub especialidades													
Sub Especialidades de Medicina Interna													
Cardiología	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	1.824
Dermatología	301	301	301	301	301	301	301	301	301	301	301	306	3.617
Endocrinología	529	529	529	529	529	529	529	529	529	529	529	536	6.355
Gastroenterología	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	912
Nefrología	182	182	182	182	182	182	182	182	182	182	182	182	2.184
Neurología	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	128	1.459
Sub Especialidades de Cirugía													
Máxilofacial	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	79	827
Neurocirugía	395	395	395	395	395	395	395	395	395	395	395	397	4.742
Oftalmología	487	487	487	487	487	487	487	487	487	487	487	495	5.852
Ortopedia	451	451	451	451	451	451	451	451	451	451	451	461	5.422
Otorrinolaringología	304	304	304	304	304	304	304	304	304	304	304	306	3.650
Proctología	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	67	760
Urología	238	238	238	238	238	238	238	238	238	238	238	244	2.862
Vascular	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	372
Sub Especialidades de Pediatría													
Cardiología	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	128	1.459
Cirugía Pediátrica	303	303	303	303	303	303	303	303	303	303	303	307	3.640
Neonatología	219	219	219	219	219	219	219	219	219	219	219	224	2.633
Neurología	395	395	395	395	395	395	395	395	395	395	395	397	4.742
Emergencias													
De Medicina Interna													
Medicina Interna	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.499	17.900
De Cirugía													
Cirugía General	1.333	1.333	1.333	1.333	1.333	1.333	1.333	1.333	1.333	1.333	1.333	1.337	16.000
De Pediatría													
Pediatría Gral.	1.308	1.308	1.308	1.308	1.308	1.308	1.308	1.308	1.308	1.308	1.308	1.312	15.700
De Gineco-Obstetricia													
Ginecología	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	300
Obstetricia	583	583	583	583	583	583	583	583	583	583	583	587	7.000
Otras Atenciones Consulta Externa Médica													
Colposcopia	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	5.472
Nutrición	740	740	740	740	740	740	740	740	740	740	740	744	8.884
Planificación Familiar	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	912
Psicología	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	5.556
Consulta Externa Odontológica													
Odontológica de primera vez	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	1.368
Odontológica subsecuente	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	5.472

Actividades	Enero Prog.	Febrer Prog.	Marzo Prog.	Abril Prog.	Mayo Prog.	Junio Prog.	Julio Prog.	Agosto Prog.	Septie Prog.	Octub Prog.	Novi Prog.	Dicie Prog.	Total Prog.
Servicios Finales													
Egresos Hospitalarios													
Especialidades Básicas													
Cirugía	336	336	336	336	336	336	336	336	336	336	336	343	4.039
Ginecología	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	94	1.095
Medicina Interna	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	404	4.804
Obstetricia	647	647	647	647	647	647	647	647	647	647	647	658	7.775
Pediatría	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	401	4.801
Sub Especialidades													
Sub Especialidades de Cirugía													
Ortopedia / Traumatología	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	97	1.131
Otorrinolaringología	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	34	375
Sub Especialidades de Pediatría													
Cirugía Pediátrica	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	73	821
Neonatología	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	217	2.527
Otros Egresos													
Bienestar Magisterial	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	1.332
Partos													
Partos vaginales	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	3.000
Partos por Cesáreas	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116	124	1.400
Cirugía Mayor													
Electivas para Hospitalización	273	273	273	273	273	273	273	273	273	273	273	281	3.284
Electivas Ambulatorias	136	136	136	136	136	136	136	136	136	136	136	146	1.642
De Emergencia para Hospitalización	225	225	225	225	225	225	225	225	225	225	225	225	2.700
Medicina Crítica													
Unidad de Emergencia													
Admisiones	625	625	625	625	625	625	625	625	625	625	625	625	7.500
Transferencias	216	216	216	216	216	216	216	216	216	216	216	224	2.600
Unidad de Máxima Urgencia													
Admisiones	266	266	266	266	266	266	266	266	266	266	266	274	3.200
Transferencias	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	3.000
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios													
Admisiones	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	79	937
Transferencias	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	912

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembr	Octubre	Noviembr	Diciembre	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
Servicios Intermedios													
Diagnostico													
Imagenología													
Fluoroscopias	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	300
Radiografías	5.448	5.448	5.448	5.448	5.448	5.448	5.448	5.448	5.448	5.448	5.448	5.455	65.383
Ultrasonografías	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	13.200
Tomografía Axial Computarizada	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Mamografías Diagnósticas	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	40	392
Mamografías de Tamisaje	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	456
Anatomía Patológica													
Biopsias Cuello Uterino	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	2.004
Biopsias Mama	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	33	330
Biopsias Otras partes del cuerpo	725	725	725	725	725	725	725	725	725	725	725	725	8.700
Otros Procedimientos Diagnósticos													
Colposcopias	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	55	550
Ecocardiogramas	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.440
Electrocardiogramas	1.042	1.042	1.042	1.042	1.042	1.042	1.042	1.042	1.042	1.042	1.042	1.042	12.504
Electroencefalogramas	157	157	157	157	157	157	157	157	157	157	157	157	1.884
Endoscopias	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	1.380
Espirometrías	170	170	170	170	170	170	170	170	170	170	170	170	2.040
Pruebas de HOLTER	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	384
Tratamiento y Rehabilitación													
Cirugía Menor	833	833	833	833	833	833	833	833	833	833	833	837	10.000
Conos Loop	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	15	70
Crioterapias	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	180
Díalisis Peritoneal	791	791	791	791	791	791	791	791	791	791	791	799	9.500
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	27.082	27.082	27.082	27.082	27.082	27.082	27.082	27.082	27.082	27.082	27.082	27.088	324.990
Hemodiálisis	666	666	666	666	666	666	666	666	666	666	666	674	8.000
Inhaloterapias	4.966	4.966	4.966	4.966	4.966	4.966	4.966	4.966	4.966	4.966	4.966	4.974	59.600
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	37.518	37.518	37.518	37.518	37.518	37.518	37.518	37.518	37.518	37.518	37.518	37.518	450.216
Recetas Dispensadas de Hospitalización	40.556	40.556	40.556	40.556	40.556	40.556	40.556	40.556	40.556	40.556	40.556	40.556	486.672
Trabajo Social													
Casos Atendidos	3.437	3.437	3.437	3.437	3.437	3.437	3.437	3.437	3.437	3.437	3.437	3.443	41.250

Actividades	Enero	Febrer	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septi	Octubr	Novie	Dicie	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
Servicios Intermedios													
Diagnostico													
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre													
Hematología													
Consulta													
Externa	2.448	2.448	2.448	2.448	2.448	2.448	2.448	2.448	2.448	2.448	2.448	2.448	29.376
Hospitalización	9.723	9.723	9.723	9.723	9.723	9.723	9.723	9.723	9.723	9.723	9.723	9.723	116.676
Emergencia	2.441	2.441	2.441	2.441	2.441	2.441	2.441	2.441	2.441	2.441	2.441	2.441	29.292
Inmunología													
Consulta													
Externa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Hospitalización	1.442	1.442	1.442	1.442	1.442	1.442	1.442	1.442	1.442	1.442	1.442	1.442	17.304
Emergencia	247	247	247	247	247	247	247	247	247	247	247	247	2.964
Referido / Otros	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	1.836
Bacteriología													
Consulta													
Externa	587	587	587	587	587	587	587	587	587	587	587	587	7.044
Hospitalización	3.205	3.205	3.205	3.205	3.205	3.205	3.205	3.205	3.205	3.205	3.205	3.205	38.460
Emergencia	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
Referido / Otros	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	1.500
Parasitología													
Consulta													
Externa	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	1.668
Hospitalización	625	625	625	625	625	625	625	625	625	625	625	625	7.500
Emergencia	383	383	383	383	383	383	383	383	383	383	383	387	4.600
Bioquímica													
Consulta													
Externa	1.366	1.366	1.366	1.366	1.366	1.366	1.366	1.366	1.366	1.366	1.366	1.374	16.400
Hospitalización	3.150	3.150	3.150	3.150	3.150	3.150	3.150	3.150	3.150	3.150	3.150	3.150	37.800
Emergencia	7.669	7.669	7.669	7.669	7.669	7.669	7.669	7.669	7.669	7.669	7.669	7.673	92.032
Banco de Sangre													
Consulta													
Externa	457	457	457	457	457	457	457	457	457	457	457	457	5.484
Hospitalización	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	12.972
Emergencia	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
Referido / Otro	479	479	479	479	479	479	479	479	479	479	479	479	5.748
Urianálisis													
Consulta													
Externa	426	426	426	426	426	426	426	426	426	426	426	426	5.112
Hospitalización	692	692	692	692	692	692	692	692	692	692	692	692	8.304

Actividades	Enero	Febrer	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septie	Octubr	Novie	Diciem	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
Servicios Generales													
Alimentación y Dietas													
Hospitalización													
Medicina	3.042	3.042	3.042	3.042	3.042	3.042	3.042	3.042	3.042	3.042	3.042	3.048	36.510
Cirugía	3.821	3.821	3.821	3.821	3.821	3.821	3.821	3.821	3.821	3.821	3.821	3.826	45.857
Ginecología	335	335	335	335	335	335	335	335	335	335	335	345	4.030
Obstetricia	2.118	2.118	2.118	2.118	2.118	2.118	2.118	2.118	2.118	2.118	2.118	2.126	25.424
Pediatría	3.064	3.064	3.064	3.064	3.064	3.064	3.064	3.064	3.064	3.064	3.064	3.064	36.768
Neonatología	836	836	836	836	836	836	836	836	836	836	836	836	10.032
Otros (Convenios)	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	385	4.609
Lavandería													
Hospitalización													
Medicina	20.485	20.485	20.485	20.485	20.485	20.485	20.485	20.485	20.485	20.485	20.485	20.486	245.821
Cirugía	38.902	38.902	38.902	38.902	38.902	38.902	38.902	38.902	38.902	38.902	38.902	38.912	466.834
Ginecología	4.183	4.183	4.183	4.183	4.183	4.183	4.183	4.183	4.183	4.183	4.183	4.193	50.206
Obstetricia	27.115	27.115	27.115	27.115	27.115	27.115	27.115	27.115	27.115	27.115	27.115	27.119	325.384
Pediatría	10.948	10.948	10.948	10.948	10.948	10.948	10.948	10.948	10.948	10.948	10.948	10.958	131.386
Neonatología	8.469	8.469	8.469	8.469	8.469	8.469	8.469	8.469	8.469	8.469	8.469	8.477	101.636
Otros (Convenios)	3.051	3.051	3.051	3.051	3.051	3.051	3.051	3.051	3.051	3.051	3.051	3.056	36.617
Consulta													
Consulta Médica Especializada	1.237	1.237	1.237	1.237	1.237	1.237	1.237	1.237	1.237	1.237	1.237	1.241	14.848
Emergencias													
Emergencias	4.457	4.457	4.457	4.457	4.457	4.457	4.457	4.457	4.457	4.457	4.457	4.459	53.486
Mantenimiento Preventivo													
Números de Orden	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Transporte													
Kilómetros Recorridos	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	300.000