



Ministerio de Salud
Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL
2018

Fecha de Aprobación en el HNNBB:

22 de diciembre de 2017

**Fecha de Modificación para Aprobación del
Ministerio de Salud:**

20 de marzo de 2018

FICHA CATALOGRÁFICA.

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de este documento, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”, puede ser consultada a través de: www.hospitalbloom.gob.sv

Edición y Distribución.

Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”

Final 25 ave. Norte y Boulevard de Los Héroes, San Salvador.

Teléfono: 2225- 4114 ó 2133-3100

Página oficial: www.hospitalbloom.gob.sv

[Plan Anual Operativo 2018](#)

Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”

San Salvador, El Salvador, C.A.

AUTORIDADES



Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan

Director del HNNBB



Dr. Héctor Guillermo Lara Torres

Sub director



Dr. Luis Orestes Estrada Parada

Coordinador Nacional de Hospitales de Tercer Nivel

Viceministerio de Servicios de Salud

HOY SE EXPIDIO RESOLUCION INSTITUCIONAL INTERNA N° 528/2017, QUE DICE:

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, a los veintidós días del mes de diciembre del año dos mil siete.

CONSIDERANDO: Que de conformidad al Reglamento General del Hospital, y de la Normas Técnicas de Control Interna Específicas Capítulo II, Art. 24 y 25, se establece la potestad de la Dirección para organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios asistenciales, técnicos y administrativos de sus dependencias; que con el objeto de disponer de un instrumento técnico jurídico que permita planificar, ordenar, e integrar de manera armoniosa las actividades más relevantes que la institución en su conjunto propone contar una planificación estratégica que sirva de base para la Planificación Anual Operativa, la cual debe cumplirse en el corriente año fiscal, **POR TANTO:** En uso de sus facultades legales, **RESUELVE** emitir y oficializar el "Plan Anual Operativo Institucional 2018"; en consecuencia, a partir de esta oficialización, es de obligatorio cumplimiento por parte de todo el personal que labora en el Hospital, para lo cual se debe proceder a su divulgación e implementación a partir de esta fecha. **HÁGASE SABER.** El titular del Hospital, (F) A. Salgado.

Lo que transcribo para el conocimiento y efectos legales pertinentes.



Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldán

Director

DATOS GENERALES DEL HOSPITAL

Nombre del Hospital: Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”

Dirección: 27 calle Poniente entre Final 25
Avenida Norte y Boulevard de Los
Héroes, San Salvador.

Teléfono: Dirección.: 2133-3222
Conmutador: 2225-4114 y 2133-3100

Fax: 2133-3223

E-mail: dirección.hnbb@hospitalbloom.gob.sv
planificacion@hospitalbloom.gob.sv

Nombre del Director: Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldán

Nombre del Sub Director: Dr. Héctor Guillermo Lara Torres

INDICE

	CONTENIDO	PAGINAS
I.	Introducción	6
II.	Características de Organización y Funcionamiento	7
	1. Misión del Hospital	7
	2. Visión Hospital	7
	3. Objetivos del Hospital	7
	4. Estructura Organizativa - Organigrama	8
III.	Diagnóstico Situacional	10
	1. Análisis de la Demanda de Salud	10
	A. Características de la Población	10
	a. Estructura y Pirámide Poblacional	12
	B. Situación de Salud	15
	a. Tendencias de la Producción Primaria	14
	b. Análisis de Morbilidad y Mortalidad	16
	c. Enfermedades Transmisibles	19
	d. Zoonosis	19
	e. Enfermedades Crónicas No Transmisibles	19
	f. Informe de Resultados de Lesiones de Causa Externa	20
	g. Tiempos de Espera	21
	2. Análisis de la Oferta de Salud	22
	A. Capacidad Instalada	22
	B. Análisis de Capacidad Residual	25
	C. Recursos Humanos	26
	D. Equipamiento de los Servicios	28
	E. Condiciones de la Planta Física	28
	F. Sistemas Informáticos y Comunicaciones	31
	G. Camas Hospitalarias	32
	H. Oferta de Servicios	33
	I. Situación Financiera	34
	J. Gestión de la Calidad	37
	3. Análisis del Cumplimiento de Metas y PAOI 2017.	38
	4. Análisis de Resultados de los Indicadores 2017	43
	5. Identificación de Problemas y/o Necesidades	47
	a. Problemas de Demanda (Problemas Sanitarios)	47
	b. Problemas de Oferta (Gestión y de Inversión)	47
	c. Análisis FODA	48
	d. Priorización de Problemas	49
IV.	Objetivos Generales del Plan Anual Operativo 2018	50
V.	Programación Operativa 2018	51
VI.	Programación de Actividades 2018	54
VII.	Programación de Resultados Esperados de los Indicadores 2018	62
VIII.	Posibles Obstáculos para alcanzar las Metas Esperadas	62

I. Introducción

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, cumpliendo con las disposiciones legales y normativas emanadas por el Ministerio de Salud, y apegados al Plan de Desarrollo del Gobierno, Plan Anual Operativos del MINSAL, la Planificación Estratégica Institucional, y atendiendo las recomendaciones de la Coordinación Nacional de Hospitales de Tercer Nivel, realiza y presenta su Plan Operativo Anual Institucional 2018 (PAOI 2018).

El PAOI 2018, es un documento de gestión administrativa de corto plazo, en el cual se consolidan las actividades prioritarias de la institución, y que permite definir los resultados esperados y establecer las acciones que permitan alcanzar los objetivos institucionales, los cuales son evaluados a través de indicadores, que muestran el nivel de logro alcanzado por la institución. Además, es un instrumento en el cual se integran las acciones y tareas necesarias, que la Institución se compromete a ejecutar para cumplir las metas institucionales programadas, así como la oportunidad de su ejecución en el marco de los planes nacionales y compromisos del sector salud, bajo los lineamientos estratégicos establecidos en la Reforma de Salud, y que da respuesta a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

En la formulación se ha considerado orientar el proceso para el logro de las metas institucionales y ministeriales, bajo el amparo de la Reforma de Salud y los resultados esperados representan retos institucionales los cuales están adaptados a nuestra realidad hospitalaria, y que a través de evaluaciones posteriores posibilitará los reajustes, reprogramaciones que permitan cumplir con nuestros objetivos y actividades operativas.

Cabe destacar que la elaboración de este documento no hubiese sido posible, sin el apoyo de las autoridades y de las diferentes jefaturas como: Unidad de Epidemiología, Estadísticas e Información en Salud, Unidad Organizativa de la Calidad, así como las Jefaturas de Divisiones y otras dependencias quienes con entusiasmo y colaboración participativa han proporcionado los insumos, e ideas en el proceso de elaboración del documento.

II. Características de Organización y Funcionamiento ¹

1. Misión del HNNBB

Somos un Hospital público de referencia que brinda atención de salud a la población pediátrica, a través de servicios especializados, con recursos humanos multidisciplinarios, desarrollando una gestión basada en valores que garantizan la satisfacción del usuario.

2. Visión del HNNBB

Convertirnos en un Hospital público de referencia líder en atención especializada que brinde servicios médicos de avanzada a la población pediátrica, basada en la búsqueda permanente del crecimiento profesional y excelencia científica e investigativa, comprometidos con un sistema de valores que evidencie y garantice la satisfacción del usuario.

3. Objetivos del Hospital

a. Objetivo General

Establecer una administración hospitalaria eficiente y eficaz que garantice un servicio de salud de calidad y fortalezca el desarrollo institucional.

b. Objetivos Específicos

1. Aplicar un sistema de control y seguimiento institucional que garantice el uso óptimo de los recursos en forma transparente y apoyada en la legislación y tecnología actualizada.
2. Lograr la eficiencia y eficacia del Recurso Humano, a través de la formación y desarrollo de sus capacidades, basado en un sistema de valores que garantice la búsqueda permanente de la excelencia
3. Lograr que la infraestructura, tecnología de vanguardia, equipamiento e insumos, sean los requeridos para el desarrollo eficiente de la atención de tercer nivel
4. Brindar atención médica especializada con apoyo en la investigación basada en evidencia, avance tecnológico y un sistema de valores, que garantice la satisfacción del usuario
5. Contar con una organización modernizada que promueva mayor eficiencia y eficacia en la gestión de los servicios de salud que brinda, basada en un sistema de valores y en constante búsqueda de la calidad.
6. Contar con los recursos financieros que respondan a la oferta de servicios, bajo una administración con transparencia y eficiencia, aplicando mecanismos de monitoreo y evaluación de acuerdo a los controles institucionales y los legalmente establecidos.
7. Lograr la eficiencia institucional a través del ordenamiento lógico de los procesos que nos permitan optimizar los recursos y mejorar la calidad de atención.
8. Procurar la satisfacción del usuario externo a través de la asistencia médica adecuada y oportuna en cumplimiento de sus derechos y basado en el sistema de valores institucional.
9. Colaborar para fortalecer el trabajo en RISS y la intersectorialidad con todas las organizaciones que intervienen en la prestación de los servicios de salud.

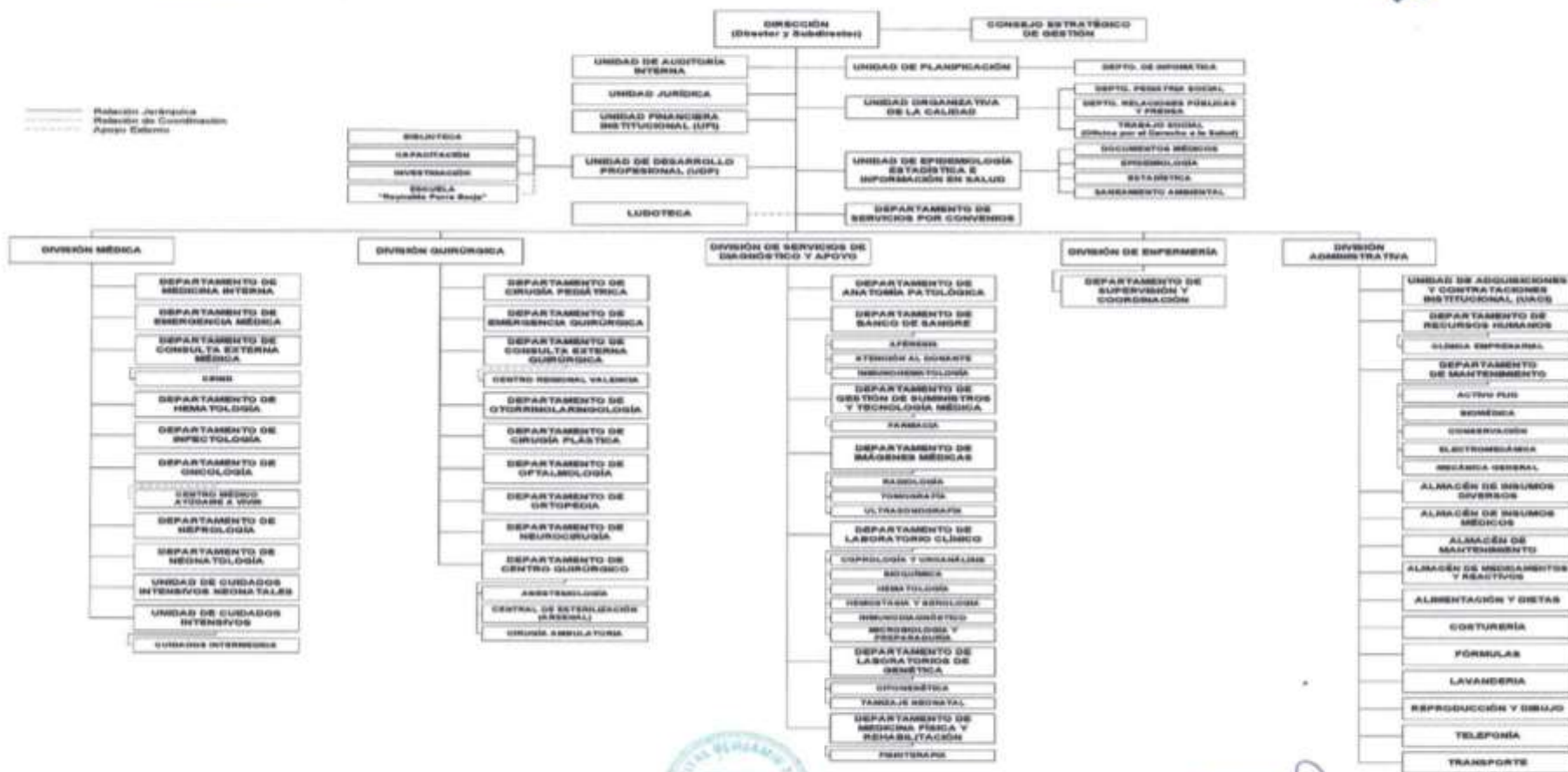
¹ El contenido de este Capítulo esta tomado del Manual de Organización Especifico del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

4. Estructura Organizativa. Organigrama.

El Hospital depende jerárquicamente de la Coordinación Nacional de Hospitales de Tercer Nivel del Viceministerio de Servicios de Salud. Por aspectos propios de la institución, presenta una estructura organizativa, jerárquica que difiere del resto de hospitales. Los niveles que comprende son en un nivel Directriz (La Dirección), un nivel Asesor (Unidades Asesoras adscritas a la Dirección y el Comité Estratégico de Gestión), un nivel Táctico (Las Divisiones) y 3 niveles operativos organizados en Departamentos, Servicios/Secciones y Consultorios/Áreas (los dos últimos no está representados en este organigrama).

El Hospital Bloom está definido como un Centro de Referencia Nacional, con una oferta de servicios para un tercer nivel de atención. El sistema de gestión está basado en resultados, por lo que cuenta con un sistema robusto de información que le permite evaluar el desempeño de sus dependencias y/o centros de producción.

Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom" Organigrama 2015



Organigrama modificado y aprobado por la Dirección: el 26 de Agosto de 2015.



Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldán
 Director



Dr. Hector Guillermo Lara Torres
 Sub-Director

III. Diagnóstico Situacional

1. Análisis de la Demanda de Salud

A. Características de la Población

La población blanco de nuestro hospital, tiene características propias, que determinan las necesidades de atención, principalmente por la complejidad de las patologías de los pacientes que consultan, y que va de acuerdo a la oferta de servicios de la institución.

En las tablas siguientes se observa la caracterización de forma general de la población atendida en el HNNBB, de acuerdo a su edad, sexo y procedencia. Para realizar esta caracterización se consideraron las dos áreas que son punto de entrada en la atención como son: Consulta Externa y Emergencia.

▪ Pacientes por Edad

PACIENTES POR EDAD		
CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA EN HNNBB 2017		
EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
MENOR 1 AÑO	18,282	9.5%
1 A 4 AÑOS	55,828	29%
5 A 9 AÑOS	65,782	34%
10 A 14 AÑOS	41,536	21.5%
15 A 19 AÑOS	11,602	6%
TOTAL	193,030	100%

El 38% de las atenciones son realizadas a menores de 5 años y en segundo lugar la edad de 5 a 9 años (34%), vemos la importancia de las atenciones a niños menores de 10 años (72%), donde está concentrada la mayoría de patologías de III nivel de atención. Es decir, las patologías en estos grupos etarios, se correlacionan con la frecuencia de consulta de las mismas.

▪ Pacientes por Sexo

PACIENTES POR SEXO ATENDIDOS EN		
CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA EN HNNBB 2017		
SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	106933	55%
FEMENINO	86097	45%
TOTAL	193030	100%

La mayor atención es al sexo masculino en un 55%, no hay diferencia significativa en la atención por sexo.

- **Pacientes por procedencia**

PACIENTES POR PROCEDENCIA ATENDIDOS EN		
CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA EN HNNBB 2017		
PROCEDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
URBANO	152492	79%
RURAL	40538	21%
TOTAL	193030	100%

Por la ubicación geográfica del hospital el 79% de las atenciones provienen del área urbana. De estos la distribución por departamento de procedencia esta de la siguiente manera:

CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA EN HNNBB 2017		
DEPARTAMENTO	NUMERO	PORCENTAJE
San Salvador	87,706	46%
La Libertad	20,684	11%
La Paz	14,043	7%
Sonsonate	11410	6%
Cuscatlán	10,132	5%
Santa Ana	7,619	4%
Chalatenango	7,231	4%
San Vicente	6,444	3%
Cabañas	5,893	3%
Usulután	5889	3%
San Miguel	5,176	3%
Ahuachapán	5,032	3%
La Unión	2,784	1%
Morazán	1639	1%
Honduras	1,048	0,50%
Guatemala	295	0,15%
Otros países	5	0%
Total	193,030	100%

Podemos observar que el 46% son del Departamento de San Salvador y un 11 % de la Libertad, esto tiene su razón de ser, lógicamente por la cercanía, pero también porque un gran porcentaje de la población está radicada en estos departamentos. Por otra parte vemos que hay pacientes de todo el país e incluso de Honduras, Guatemala y otros países, aunque por supuesto el porcentaje de estos pacientes es mínimo.

Por otra parte, es bien claro, que si bien la mayoría de problemas de salud de la población infantil está en los primeros años de vida, hay una tendencia a considerar las enfermedades de tipo crónicas no transmisibles, que en el pasado eran más frecuentes en población arriba de los 45 años, actualmente es cada vez más frecuente hacer estos diagnósticos, debido a la transición epidemiológica y demográfica, que el país está experimentando, y que impacta un segmento importante de la población concentrada en el segmento de 10 a 18 años de edad. Esto último tiene que ser objeto de un estudio más profundo y de largo alcance, ya que es lógico que si la pirámide poblacional se está estrechando en su base y ensanchando al medio de forma lenta pero progresiva, la epidemiología de las enfermedades tendrá por supuesto una variación similar.

Aun, cuando se han alcanzado logros importantes en la mejora de la condición de salud de la población infantil, en donde se ha progresado en el control por ejemplo de la desnutrición, aparece ahora un rápido crecimiento del sobrepeso, la obesidad, dislipidemias y diversas enfermedades crónicas asociadas a ella, lo que representa una doble carga para los sistemas de salud y la economía en los países de la Región de América Latina, en la que El Salvador no escapa a ella.

a) Estructura y Pirámide Poblacional

Para establecer el dato de población en el Hospital se han considerado dos conceptos, uno es la población de responsabilidad y otro la población esperada del Hospital.

- **Población de Responsabilidad**

Según artículo 3 de la LEPINA y lineamientos de categorización de Hospitales Pg 13, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años.

Cuando los pacientes adquieren una enfermedad crónica en la infancia, los programas asistenciales de algunas sub especialidades incluyen atención hasta los 18 años de edad.

Población de Responsabilidad 2018

Edades	Masculino		Femenino	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0 a 4 años	110,007	12.5%	105,178	11.9%
5 a 9 años	112,729	12.8%	107,801	12.2%
10 a 14 años	121,541	13.8%	116,253	13.2%
15 a 19 años	105,989	12.0%	102,619	11.6%
Total	450,266	51.0%	431,851	49.0%
Total General	882,117			

Fuente: SPME

La población que se estableció como población de responsabilidad del HNNBB para el año 2018 es de 882,117 de los cuales tal como se muestra la próxima tabla, el 51 % es masculino y el 49 % femenino, en este punto es conveniente recordar que el HNNBB, es un Hospital de Referencia Nacional y por tal motivo se dificulta establecer la población específica. Es importante hacer

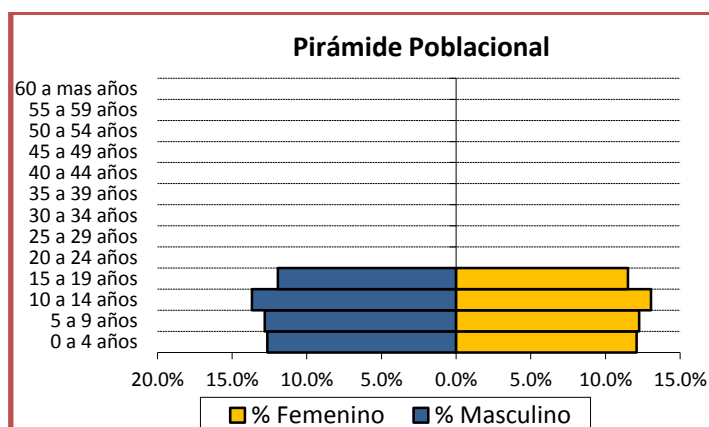
notar, que dentro de la población de responsabilidad se incluyen a todos los niños hasta los 18 años; sin embargo, el Hospital, por definición atiende a pacientes hasta los 12 años, ampliando la edad de atención hasta los 18 años en patologías crónicas, conforme a la necesidad de los pacientes y los recursos del Hospital.

- **Población Esperada**

Entenderemos por población esperada, la población potencial a atender, la cual se ha calculado de acuerdo a los pasos siguientes:

1. Se toman los datos del Censo de Población, de la Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC) 2015-2025, proporcionados por la Unidad de Estadística del MINSAL el 25 de noviembre del 2016.
2. Se agrupan los datos del país, en femenino y masculino y su total
3. De la población agrupada, se considera que el 90% se atenderá en el primer nivel de atención y el 10% en Hospitales. De los que serán atendidos en hospitales el 10% se considerara que será atendido en el tercer nivel de atención.
4. El resultado obtenido de los que se atenderá en el tercer nivel, se multiplica por la concentración de atenciones del tercer nivel y el resultado no da la población esperada del 2018.

POBLACION ESPERADA 2018			
RANGOS DE EDAD	Masculino	Femenino	Total
De 0 a 4	10,091	9,648	19,739
De 5 a 9	10,227	9,783	20,010
De 10 a 14	10,905	10,414	21,320
De 15 a 18	9,526	9,172	18,699
	40,750	39,018	79,768



B. Situación de Salud

a. Tendencias de Producción Primaria (Egresos, Consultas de Especialidades de Consulta Externa, Emergencia, Ingresos)

Tendencia de la Producción de Egresos

Tendencia de Producción de Egresos Anual 2013 - 2017													
	Enero	Febr	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2017	1,062	969	1,115	969	1,066	1,120	1,106	1,021	1,029	969	998	969	12,438
2016	949	1,022	1,046	1,074	1,093	1,037	1,067	944	993	1,038	993	1,071	11,256
2015	1,012	1,049	1,174	984	995	1,103	1,169	1,097	1,020	1,107	1,016	1,131	12,857
2014	1,013	873	970	942	1,084	1,134	1,244	1,035	1,082	1,093	957	729	12,156
2013	1,104	1,028	1,080	1,113	1,166	1,174	1,328	1,082	1,066	1,127	1,082	971	12,485

Nota: En el año 2017, el dato de producción de egresos de noviembre y diciembre es una proyección

Fuente: Informe Estadístico de Producción e Indicadores del HNNBB
Producción: Egresos Hospitalarios (SIMMOW).

La tendencia en la producción mensual de egresos hospitalarios es similar desde el 2013-2017, sin embargo, como se puede observar hay una tendencia a la disminución en el primer trimestre del año 2017; no obstante, las diversas variaciones cíclicas se pueden presentar considerando las condiciones, medio ambientales o epidemiológicas del momento.

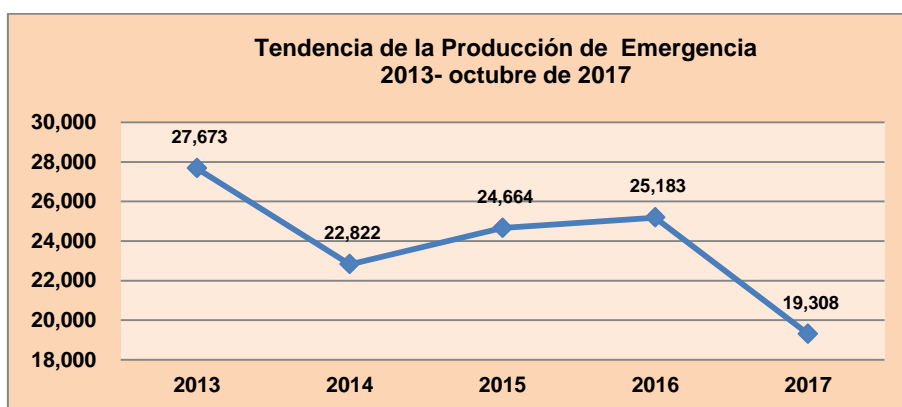
En relación a la tendencia de los datos presentados del 2017, la producción real que se presente es hasta octubre del 2017, noviembre y diciembre son proyección, por lo que a fin de evaluar los resultados se realiza la comparación a octubre, y se puede evidenciar que los datos del 2017 en relación a los datos a octubre del 2016 presentan un incremento del 13%, lo cual muestra el grado de eficiencia en relación al uso de las camas, pero por otro lado, se ha tenido en este año un mayor número de pacientes con problemas de mayor complejidad que requirieron hospitalización, esto determinado en forma general por el perfil epidemiológico, más sin embargo se debe implementar una ficha para determinar la gravedad del paciente ingresado para tener una mejor evidencia.

Tendencia de la Producción Ambulatoria

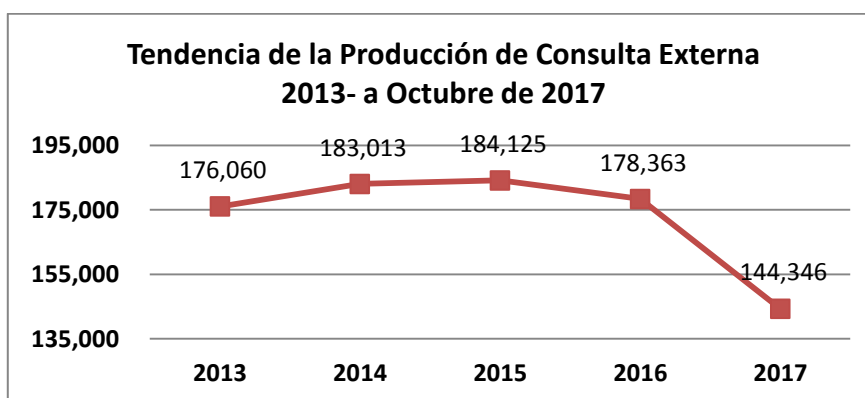
En la siguiente tabla y gráficos, se muestra la tendencia de la Producción Ambulatoria, es decir la Consultas proporcionadas en Emergencia y las Consultas realizadas por las diferentes especialidades de la Consulta Externa desde el 2013 a octubre de 2017.

Años	Producción Ambulatoria	
	Emergencia	Consulta Externa
2013	27,673	176,060
2014	22,822	183,013
2015	24,664	184,125
2016	25,183	178,363
2017	19,308	144,346

Fuente: Informe Estadístico de Producción de Consulta Ambulatoria del HNNBB
 Producción: Consulta Externa Médica, Otras Atenciones Consulta Externa Médica (SIMMOW).
 Producción: Consulta Externa Odontológica (SIMMOW).



Al analizar las tendencias se ha evidenciado una marcada disminución de la producción 2014 de la Unidad de Emergencia en relación al 2013, lo cual fue producto del cierre de del Centro de producción que se llamaba Selección, y en el cual se atendía a los pacientes con patologías del primer nivel de atención, como estrategia se definió que en el 2014, todos los pacientes serían atendidos en el Pediatría General de la Consulta Externa, y luego derivados o retornados al segundo nivel de atención, de acuerdo a lo definido para el funcionamiento de la Red. Si comparamos la producción del 2014 al 2016, muestra una tendencia similar, lo cual era lo esperado para el 2017, pero podemos visualizar, que existe también para el 2017 una marcada tendencia a disminuir el número de consultas en Emergencia.



En relación a la producción de Consulta Externa, los datos muestran un aumento del 4% de la producción del 2014 en relación a la del 2013, y un 1% del 2015 en relación a la del 2014, y una disminución del 3% de las 2016 en relación al 2015. Las variaciones no llegan al 5%, por lo que se puede concluir que la producción en términos generales en el periodo que se evalúa para realizar la proyección del 2018, se ha mantenido dentro de los márgenes esperados y si el resultado se compara con las metas establecidas, se evidencia que en términos generales se han cumplido. Esperaríamos los datos finales del 2017, para determinar si se mantuvo la tendencia estacionaria de consultas.

b. Análisis de Morbilidad y Mortalidad

Un importante componente de la información en salud está representado por la estadística de egresos hospitalarios, la cual integra los principales datos que se recogen a través de hojas de egreso que son registrados por los médicos al final de un episodio de hospitalización en el sistema informático de hospitalización, y que son sometidos a un proceso de revisión, crítica, codificación, captura y procesamiento a fin de obtener información útil para la evaluación de la demanda de atención y, sobre todo, para apoyar la planeación y la toma de decisiones en los diferentes niveles operativos.

La estadística de egresos hospitalarios tiene dos componentes fundamentales: la morbilidad, que comprende la totalidad de los casos atendidos en los hospitales en el periodo analizado, y la mortalidad, que constituye un subconjunto de la primeras y que se caracteriza por contener solamente aquellos casos en el motivo del egreso fue por defunción.

Entre ellas destacan la afección principal o motivo de atención hospitalaria y la causa básica de defunción cuando así ocurre, de acuerdo con la edad, sexo y días estancia, agrupados a lista básica de Clasificación Internacional de Enfermedades, lista abreviada, por capítulos y una selección de las principales causas de egreso y de defunción.

➤ Causas de Morbilidad por Egresos

Al revisar las primeras causas de egreso a septiembre del año 2017, se puede evidenciar que la primera causa de egreso es la Apendicitis Aguda, las cuales generalmente son apéndices complicados, y que han podido ser manejadas en otro nivel de atención, por diferentes motivos, por lo que se hace necesario realizar esfuerzos para ir fortaleciendo la red. En segundo lugar está la Leucemia Linfoblástica, lo cual demuestra que se está teniendo frecuencia a atender patologías complicadas o crónicas, que le corresponden al tercer nivel. En tercer lugar están las Neumonías Bacterianas, de las cuales un gran número de ellas son complicaciones de patologías que tienen como base como enfermedades cardíacas, cáncer, malformaciones congénitas etc.

Si analizamos los egresos en la edad de menor de 5 años vemos que el primer diagnóstico de egreso en este año han sido las neumonías, coincidiendo con la epidemia que hubo a nivel nacional y en segundo lugar Leucemia que es el segundo diagnóstico. Al revisar las causas de egreso en de 1 a 4 años siguen un patrón bastante similar al de los menores de 5 años. En los menores de 1 año a la cabeza Neumonía y en segundo lugar, Infección Intestinal Bacteriana, que es una enfermedad muy propia de esta edad. Generalmente, relacionada con pacientes referidos con una mayor gravedad de este tipo de infecciones. Al evaluar las causas de morbilidad neonatal se evidencian el predominio de egresos por neumonía congénita y en segundo lugar sepsis neonatal, en esta morbilidad, hay que evaluar las condiciones de manejo que se están dando en los niveles primarios de atención. Al revisar las causas de egresos en neonatal temprana, la primera causa de egreso son las Asfixias, en segundo lugar Aspiración de meconio y en tercer lugar Inmadurez extrema, para la primera causa, se debe evaluar las condiciones del parto y para la tercera causa las condiciones del control prenatal en los niveles de atención correspondiente.

En el año 2016 la primera causa de egreso hospitalario fueron las enfermedades del apéndice correspondiente al 10% del total de egresos; en segundo lugar una enfermedad crónica como la Leucemia y en tercer lugar una enfermedad infecciosa como la Neumonía. Al sumar los egresos hospitalarios correspondientes a cirugía nos da un total de 2308, lo que corresponde al 22% de los egresos hospitalarios. Al comparar con los egresos hospitalarios del año 2015, vemos que las primeras causas son las mismas, solo cambia el orden: Leucemia en primer lugar y Enfermedades del apéndice en segundo lugar. En el año 2016 ha habido una disminución de los egresos hospitalarios del 4.4%. Al revisar las primeras causas de Morbilidad de egreso del 2017, tomando en cuenta el diagnóstico principal encontramos como primera causa, las enfermedades del apéndice, lo cual representa el 9% de los egresos del período, y sus estancias el 4% del total. De esta primera causa, el 25% son apendicitis con peritonitis, el 3% son apendicitis con absceso peritoneal y el 72% son apendicitis aguda no especificada.

Este resultado evidencia la necesidad que el II nivel de atención refuerce su capacidad resolutive, ya que se han hecho esfuerzos por descentralizar este tipo de casos, pero el obstáculo ha sido principalmente, la resolución en horas no hábiles de este tipo de patologías. En relación a la segunda causa, la Leucemia, esta representa el 7% de los egresos del Hospital y los días de estancia representan el 10% del total, el 92.2% de las mismas, son linfoblásticas agudas, el 6% mieloides agudas, el 0.4% linfoblástica crónica, el 0.4% mieloides crónicas, el 0.3% linfocítica sub aguda, el 0.3% de células T agudas y el 0.1% promiilocítica aguda, es decir son patologías propias de nuestro nivel de resolución.

➤ **Análisis de la Mortalidad de Egresos Institucionales**

Al realizar una evaluación de las primeras causa de mortalidad por egreso se evidencia que en el año 2017 la primera causa de muerte son las neumonías seguido de las malformaciones congénitas cardiacas y en tercer lugar tenemos la Leucemia, ya hay una tendencia a atender más patologías del tercer nivel. Al ver todas las causas de muerte vemos que al sumar las patologías neonatales nos da que mueren principalmente neonatos.

Sin embargo al revisar la mortalidad hospitalaria por grupos de edad, vemos que en los menores de 5 años la primera y segunda causa de muerte son las mismas que todas las edades y ya en tercer lugar tenemos la inmadurez extrema; en cuarto lugar, las Diarreas. En las edades de 1 a 4 años las primeras 2 causas de muerte son las mismas, agregándose en tercer lugar las Diarreas y en cuarto lugar trauma craneano. La mortalidad en menores de 1 año continúa en primer lugar las neumonías y ya en segundo lugar la inmadurez extrema pasando a tercer lugar las Malformaciones congénitas y agregándose la asfixia neonatal. La principal causa de muerte neonatal es la Inmadurez extrema y en segundo lugar la asfixia, debemos saber cómo está el control prenatal y la atención del parto. La principal causa de muerte Neonatal temprana son las asfixias al nacimiento, seguido de la Inmadurez extrema.

Es importante destacar el perfil de la mortalidad del HNNBB por grupos de edad, nos permite analizar con mayor profundidad las principales causas que generan la mortalidad hospitalaria, lo cual permite determinar que son los niños menores de 5 años donde radica mayor mortalidad y de estos los menores de 1 año, y las patologías son las mismas que mencionamos anteriormente: malformaciones congénitas, afecciones originadas en el periodo perinatal, leucemias, neumonías y diarreas complicadas. La dificultad en cuanto a estas patologías radica, que las causas, tienen un substrato externo al hospital, sumamente complejo que depende de muchas determinantes sociales, en el cual el hospital es el eslabón final de una cadena de eventos. Más sin embargo se debe apostar por apoyar al trabajo en RIISS, para paliar de mejor manera los resultados de salud.

El comparativo evidencia que la primera causa de Mortalidad hospitalaria son las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99), y en segundo lugar el diagnóstico de Ciertas afecciones originadas en el período perinatal, a excepción del 2016, que sube al segundo lugar las Neumonías. Podemos concluir que la mortalidad de nuestro hospital está condicionada en su mayoría, por patologías de difícil control y determinadas por el grado de complejidad de las mismas, especialmente las malformaciones congénitas y las afecciones originadas en el período neonatal, muchas de las cuales difícilmente podremos evitar el desenlace final.

➤ **Informe Comparativo de Letalidad Hospitalaria**

La tasa de letalidad es la proporción de personas que mueren por una enfermedad entre los afectados por la misma en un período y área determinados. Es un indicador de la virulencia o de la gravedad de una enfermedad. La medida indica la importancia de la enfermedad en términos de su capacidad para producir la muerte. Como se puede observar en el cuadro la mayoría de patologías han tenido un incremento en la letalidad, generado principalmente según los clínicos por la mayor gravedad del paciente que consulta, esto de alguna manera debe corroborarse con un estudio de índice de gravedad al ingreso, que nos daría una mejor perspectiva del problema. Pero además de esto si eso se corrobora, hay que establecer estudios en el I y II nivel de atención y más allá si es posible, para determinar el verdadero origen de la mayor criticidad del paciente referido. El caso más llamativo es la letalidad de la neumonía, que del 2012 al 2015 se había duplicado y luego para el 2016, había tenido un incremento de 6 puntos porcentuales, lo que es en verdad alarmante. El otro caso similar es el de la diarrea, que de una letalidad de un 4% se ha triplicado, para el 2016. Por otra parte, la letalidad por leucemia y trauma craneoencefálico, se han logrado mantener en los límites.

➤ **Morbilidad de Consulta Externa**

Las principales causas de Morbilidad en la Consulta Externa de Especialidades, son en orden de mayor volumen de consultas: Hematología (Leucemia Linfoblástica aguda), Alergias (Rinitis alérgica no especificada) y Oftalmología (Examen de ojos y de la visión). Incluye Consultas de Primera Vez y Consulta Subsecuente, en el caso de las Leucemias, se tienen muchos controles. En el caso de la Rinitis y el Examen de Ojos y Visión, presentan volúmenes elevados de consulta, los cuales deberían ser manejados en un segundo nivel de atención, precisando reuniones de coordinación para desarrollar un proyecto de descentralización de los mismos.

En el caso del número de Consultas con Diagnóstico de Primera Vez, los altos volúmenes son debidos a patologías que deberían ser manejados en un segundo o primer nivel de atención, el mantenerlos en nuestra institución provoca tiempos de espera prolongados para la Consulta de Primera Vez.

Los consultorios con más atenciones son Hematología (Leucemia Linfoblástica aguda), alergias (Rinitis alérgica no especificada) y Oftalmología (Examen de ojos y de la visión), vemos que la cantidad de consulta está a predominio de la consulta subsecuente. Al ver el número de consultas de primera vez (28,173) versus la consulta subsecuente (101,390), por cada consulta de primera vez hay 4 subsecuentes.

➤ **Primeras Causas de Atenciones de Emergencia**

En el caso de la consulta de emergencia prevalecen los diagnósticos de las patologías quirúrgicas, ya que el diagnóstico más frecuente es Abdomen Agudo. Al revisar las causas se puede evidenciar que de todas las causas, el 52% son patologías de manejo quirúrgico, de las cuales la mayoría son

lesiones de causa externa, en primer lugar el trauma, de los cuales muchos son traumas menores, que podrían ser manejados perfectamente en un II nivel de atención, si existieran en esos establecimientos las condiciones necesarias para proporcionar la continuidad y cobertura suficiente. En relación a las Causas de Mortalidad en emergencia, la principal causa son las Neumonías, la segunda causa es Septicemia. En relación al resultado de los datos de mortalidad en emergencia la evaluación permite concluir que algunos de los pacientes, venían en un estado tan crítico, que vinieron a fallecer a la Emergencia, probablemente tendrían que haber sido transportados si se lograba una estabilización previa al transporte, de hecho con los estudios comparativos con el transporte con el Sistema de Emergencias Médicas (SEM), podemos observar una mayor sobrevida al ser transportados adecuadamente.

c. Enfermedades Transmisibles

Las Enfermedades transmisibles incluyen la Infección por el VIH/sida, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y las Hepatitis virales; la Tuberculosis; la Malaria y otras Enfermedades Transmitidas por Vectores; las Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonosis; y las Enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Los resultados de las enfermedades transmisibles en el Hospital, se analizaron para efectos de la planificación revisando los resultados de los años 2013, 2014, 2015, 2016 y a Septiembre de 2017, los resultados evidencian que las atenciones por Varicela, en el año 2015 en las edades de 1 a 9 años es cuando más casos se han dado, de ahí se ve una tendencia a la baja en todas las edades y en todos los años un predominio del sexo femenino. En relación a las Diarreas, se evidencia que en el año 2015 en las edades de 1 a 4 años es cuando más casos se han dado, de ahí se ve una tendencia a la baja en todas las edades y en todos los años un predominio del sexo femenino. También se evaluaron las atenciones por Conjuntivitis bacteriana aguda, y se pudo constatar que en el año 2017 en las edades de 5 a 9 años es cuando más casos se han dado, de ahí se ve una tendencia al alza desde el 2013. En relación a las atenciones por Neumonía, vemos que el año 2013 en las edades de menor de 1 año es cuando más casos se han dado, de ahí se ve una tendencia a la baja en todas las edades hasta el 2016 con un alza significativa en 2017 también en menores de 1 año; en todos los años un predominio del sexo masculino.

d. Zoonosis

Las zoonosis constituyen un grupo de enfermedades de los animales que son transmitidas al hombre por contagio directo con el animal enfermo, a través de algún fluido corporal como orina o saliva, o mediante la presencia de algún intermediario como pueden ser los mosquitos u otros insectos. También pueden ser contraídas por consumo de alimentos de origen animal que no cuentan con los controles sanitarios correspondientes, o por consumo de frutas y verduras crudas mal lavadas.

En el Hospital las atenciones de Zoonosis son las Mordeduras por animal transmisor de Rabia, se analizaron por edad, sexo durante los años 2013, 2014, 2015, 2016 y a septiembre 2017, y se evidencia que las atenciones por Mordidos por animal transmisor de Rabia, en todos los años predominan los niños de 5 a 9 años, este año 2017 ha habido una baja, como todos los años el sexo masculino es el más afectado.

e. Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma), la diabetes, en este

año se incluirá la Obesidad y los Problemas Hematológicos, específicamente la Hemofilia, por los costos elevados que repercuten en la atención general.

Las enfermedades transmisibles atendidas en el Hospital, se analizaron para efectos de este diagnóstico los resultados de los años 2013, 2014, 2015, 2016 y a septiembre 2017 y los resultados son:

- **Tumores:** En cuanto a las atenciones de Tumores (Neoplasias) con Diagnostico de Primera Vez, el sexo femenino es el más afectado. Desde el año 2015 la tendencia de casos es a la baja como diagnóstico de primera vez. En cuanto a las atenciones de Tumores (neoplasias) con Diagnostico de primera vez, los menores de 5 años son los más afectados.
- **Diabetes Mellitus:** En cuanto a las atenciones de Diabetes mellitus con Diagnostico de primera vez, el sexo femenino es el más afectado y desde el año 2015 la tendencia es al alta. En cuanto a las atenciones de Diabetes mellitus con Diagnostico de primera vez, los más afectados son la edad de 10 a 14 años, desde 2015 la tendencia es a la baja.
- **Insuficiencia Renal:** En cuanto a las atenciones de Insuficiencia Renal con Diagnostico de primera vez, el sexo masculino es el más afectado y desde el año 2015 la tendencia es a la baja. En cuanto a las atenciones de Insuficiencia renal con Diagnostico de primera vez, los más afectados son menores de 5 años, también desde 2015 la tendencia es a la baja.
- **Obesidad** En cuanto a las atenciones de Obesidad con Diagnostico de primera vez, los más afectados son de 5 a 14 años, también desde 2015 la tendencia se mantiene en esas edades.
- **Enfermedad Hipertensiva** En cuanto a las atenciones de Enfermedad Hipertensiva con Diagnostico de Primera Vez, el sexo masculino es el más afectado y desde el año 2015 la tendencia es a la baja.

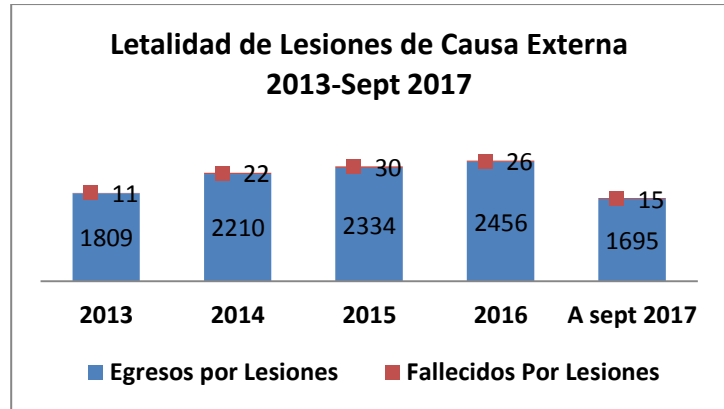
f. Informe de Resultados de Lesiones de Causa Externa

Las **lesiones de causa externa** son definidas como el daño o lesión en una persona en forma intencional o de manera no intencional. Esta lesión o daño puede originarse por un traumatismo, envenenamiento, agresión, accidentes, etc. puede ser mortal (lesión fatal) o no conducir a la muerte (lesión no fatal).

Las Lesiones de Causa Externa Registradas en el Hospital desde el 2013 a septiembre de 2017, en general afecta principalmente a las edades de 0 a 9 años. El principal mecanismo de las lesiones son las caída, luego los cortes o punzadas, golpes, Quemaduras y accidentes de tránsito, no variando su posición en el ranking anual. La tendencia de las atenciones de las Lesiones de causa externa es a la baja y se hospitaliza el 8% del total de consultas.

	Egresos por Lesiones	Fallecidos Por Lesiones
2013	1,809	11
2014	2,210	22

2015	2,334	30
2016	2,456	26
A sept 2017	1,695	15



De los pacientes hospitalizados generalmente fallece el 1%, los cuales son casos que se presentan en condiciones críticas.

g. Tiempos de Espera

Unos de los indicadores de los cuales se realiza monitoreo mensual en el hospital, es el Tiempo de Espera para las diferentes actividades hospitalarias, los cuales están incluidos en los indicadores de gestión como de calidad. Se analizarán en los cuadros siguientes:

➤ **Tiempo de Espera para Consulta Especializada de Primera Vez en la Consulta Externa**

Los tiempos de espera institucionales para Consulta de Primera Vez, incluyen la consulta de las especialidades médicas y quirúrgicas pediátricas, el resultado a septiembre 2017, demuestra que se ha mantenido en un rango promedio de 53 días en días hábiles.

Es importante denotar que el resultado en relación al 2016, se ha incrementado, lo cual es producto de las ausencias de personal y reducción de horas médicas de algunas especialidades, sin embargo aún se está dentro de la meta institucional establecida, la cual vale la pena mencionar que se ha logrado cumplir a costa de algunas especialidades que exceden la meta arriba del 100%.

Revisando los resultados por cada una de las especialidades, se puede concluir que aún hay oportunidades de mejora, por lo que se debe trabajar en los planes y/o estrategias que permitan disminuir los tiempos de espera, abordando temas como: la disminución del reciclaje de consultas subsecuentes, disminución de la atención de consultas que no son propias del III nivel de atención o descentralización de pacientes a otros niveles de atención, aplicación de guías o protocolos de manejo, coordinación con la RIISS para el manejo de pacientes crónicos, etc.

➤ **Tiempo de Espera para Ingreso Hospitalario**

En la Emergencia se dan diferentes tiempos de espera, pero hay tres tiempos importantes a considerar: 1° el tiempo que transcurre para la atención de Triage o Selección, 2° Tiempo, el tiempo que va desde la selección hasta la atención de consulta en Emergencia y 3° Tiempo, el tiempo transcurrido desde que se indica el Ingreso hasta el Ingreso hospitalario.

A través del Sistema Informático, desarrollado por el personal del Hospital, se puede contar con la información que permite establecer los tiempos de espera en la atención de emergencia, esta información ha sido muy valiosa porque ha permitido realizar ajustes y acciones para mejorar los procesos y tiempos y la atención.

Para evaluar la calidad de atención se ha estado dando seguimiento al Tiempo de Ingreso para Hospitalización, este tiempo, es el que transcurre desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de su ingreso, es el tercer tiempo de la atención en Emergencia.

Con el sistema desarrollado, se ha permitido llevar un control mensual de los tiempos de espera para ingreso hospitalario, el resultado obtenido en el período de enero a septiembre de 2017 ha sido de 6 horas, este tiempo es mayor que el del 2016, y esto ha sido producto del incremento de pacientes con neumonía en los meses de Julio, Agosto y Septiembre, los cuales por falta de cupo no se ingresaban oportunamente, debido a que en los servicios donde se debían ingresar estaban llenos, además, con un buen número de pacientes aislados y ventilados, sin embargo, el resultado se considera dentro del estándar normal del hospital, que es de 3 a 6 horas, tomando en cuenta la verticalidad del edificio, la dificultad de los ascensores y la logística en la administración de las camas y la complejidad de los casos. Sin embargo, a efecto de mejorar este tiempo, se tendrá que evaluar la logística de la ruta del paciente, y establecer mecanismos de control que permitan supervisar la fluidez del proceso y diseñar herramientas informáticas que permitan un mejor control en la administración de las camas.

➤ **Tiempo de Espera para Cirugía**

El tiempo de espera para cirugía, es el tiempo establecido desde que se programa la cirugía hasta la fecha programada para la realización de la misma. En nuestro hospital se han venido realizando acciones para disminuir el tiempo llegándose a tener en el periodo de enero a septiembre de 2017 un promedio de 77 días, es importante denotar que este resultado está dentro del estándar establecido por el Hospital, sin embargo; para reducirlo es necesario que se amplíe la cobertura de atención de los quirófanos, pero esto se ha podido porque la problemática principal radica en la falta de personal de enfermería y de anestesia para atender, ya que este personal se ha visto disminuido por las jubilaciones, lo que dificulta el poder habilitar todas las salas de operaciones.

2. Análisis de la Oferta de Salud

A. Capacidad Instalada

➤ **Camas**

La Dotación de Camas durante los últimos años en el Hospital, se muestra en el cuadro siguiente:

CAMAS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Camas Censables	285	299	293	293	289	285	285	292	288	287	287	287
Camas No Censables	101	82	108	108	112	112	112	89	100	109	109	109
TOTAL CAMAS HOSPITALARIAS	386	381	401	401	401	397	397	381	388	396	396	396

En relación a las Camas Hospitalarias se puede observar lo siguiente:

- Existe una variación sustancial entre la dotación 2013 y 2014, este cambio se realizó al evaluar el funcionamiento de los servicios y los resultados de los índices de gestión y fue así que para el 2014 hubo una reducción de 16 camas hospitalarias, es decir que ya no eran 397, sino 381, lo

cual implica el 4% de reducción. Esta reducción se debe a que al revisar todas las camas tanto ambulatorias como hospitalarias se evidencia que se estaban reportando como camas ambulatorias, los sillones que se ocupan en los servicios de hospital de día como Diálisis, Hemodiálisis, también camas ambulatorias como camas censables y para lograr un mejor ordenamiento en el uso de las camas se llegó a definir para el 2014 las camas de acuerdo a lo que se presenta en el cuadro.

- Existe variación de camas en relación del 2014 al 2015, esto fue producto de la evaluación de resultados que permitió el reordenamiento de camas que tenían vocación de día en Oncología y dado que las estancias eran más de 24 horas, se pasaron de ser camas ambulatorias a camas hospitalarias, además, se incrementó el número de camas en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Pero por otra parte hubo disminución de camas en varios servicios, producto del análisis de producción.
- Del 2015 al 2016, encontramos una mínima variación en Oncología, ya que se ha tenido que habilitar una cama en Oncología Ambulatoria II, es un servicio en el cual se atiende a pacientes que reciben atención de procedimientos, pero que, por su condición ameritan estar ingresados más de 24 horas.
- También se ha reestructurado las camas del Servicio de Cirugía Plástica, ya que de las camas habilitadas con el fin de mejorar la atención y reducir costos, se ha establecido procedimientos que se atenderán en hospital de día, por lo que de la asignación de camas se redujeron 2 de hospitalización, las cuales se les cambió la vocación a camas ambulatorias.
- En el caso de Neonatología, durante el 2015 debido a la bacteria boumani se vio en la necesidad de reorganizar el servicio, ubicando las camas con una distancia mayor, lo que provocó una reducción de 2 camas hospitalarias, a pesar de la demanda de atención de pacientes ventilados que rebasa la capacidad del hospital, principalmente por las limitaciones de recurso humano. Se esperaba que para el 2017, se pudiera nuevamente habilitar las dos camas de neonatología, así como incrementar otras de UCIN, dado que la demanda de atención de estos pacientes va aumentando, más sin embargo no fue posible por falta de recurso humano.
- Del año 2016 al 2018 no se estima variación en las Camas Hospitalarias, ya que por la naturaleza del Hospital, se ha evidenciado que los ingresos se realizan en el servicio donde hay camas y que los pacientes reciban la mejor atención independientemente de la patología, ya que posteriormente al ingreso se realizan traslados internos a fin de que el paciente sea egresado del servicio que corresponde.

Comparación de Camas entre 2016 y 2017

En relación al comparativo de Camas Censables 2016-2017, no hubo variación en la Dotación de Camas. Es importante mencionar que el Hospital realiza la revisión del uso de las camas hospitalarias, lo cual implica la revisión de camas destinadas para Hospitalización como para las Camas Ambulatorias, es decir aquellas utilizadas para pacientes con estancias de menos de 24 horas, esto con el objetivo de lograr no solo eficiencia en su uso, sino también, reducción de costos y mejora en la calidad de atención.

En base al análisis de camas se ha definido que para el 2018, los cambios a realizar en las camas solo serán en el Servicio de Cirugía Plástica, donde por cambio en la estrategia de manejo, a la demanda y para hacer más eficiente el servicio, se hará una modificación en el uso de las camas, ya que de las Camas Censables, dos cambiarán su vocación a Camas Ambulatorias.

➤ Quirófanos

En relación a los quirófanos, el Hospital cuenta 11 quirófanos, distribuidos de la siguiente forma:

Existentes	Distribución de Quirófanos	Uso
6	Quirófanos de II Planta	Cirugía Electiva y Alternativo
1	Quirófano Torre de Cirugía Plástica	Cirugía Electiva
1	Quirófano de I Planta	Cirugía Emergencia
1*	Quirófano de I Planta	Alternativo
1*	Quirófano de I Planta	Alternativo
1*	Quirófano en UCIN	Alternativo
11	Totales	

Fuente. Información Proporcionada por el Centro Quirúrgico

* Quirófanos que no cuentan con el recurso para poder habilitarlos por lo que se consideran no funcionando, sin embargo, se utilizan alternativamente.

Los quirófanos tienen asignada una vocación específica, como se observa en la tabla anterior, sin embargo con el propósito de optimizar los mismos, en ocasiones, cuando hay emergencias o eventualidades propias del quehacer hospitalario, se reasignan algunas operaciones en quirófanos con vocación diferente, con el propósito de atender oportunamente la emergencia suscitada.

La administración y manejo de quirófanos representa un reto, ya que el lograr su funcionamiento óptimo implica la realización de estrategias que permitan su aprovechamiento a pesar de las limitaciones de recurso humano. La situación es muy compleja, entre otras razones porque la demanda de horas sala es mayor que la oferta, es decir, que a pesar de tener quirófanos equipados, horas médicos cirujanos disponibles, tiempos de espera prolongados en algunas especialidades, no se dispone de horas quirófanos suficientes para cubrir esta demanda, por falta de personal de enfermería y anestesia y porque no existe capacidad resolutive en los otros establecimientos de la red para absorber la demanda de cirugías, que no corresponde al nivel de atención del Hospital.

A continuación se presenta el cuadro comparativo de Dotación de Quirófanos generado del SPME, en el cual se evidencia la situación 2016-2017, de tal manera de evaluar y analizar los resultados y definir como se programara en el 2018.

➤ **Dotación de Quirófanos**

Al realizar la comparación de la dotación de quirófanos 2016-2017, se evidencia que si bien es cierto se cuenta con quirófanos, estos no se pueden aprovechar al máximo por las limitaciones de recursos humanos para dar cobertura, habilitar todos los quirófanos y ampliar los horarios de atención.

Es importante mencionar que al hacer el análisis se revisa el número de horas quirófano disponibles y se relaciona con la demanda de horas quirófano por especialidad, de tal manera de definir la necesidad real, pero tomando en cuenta que por dificultades de recurso humanos y otras situaciones, las horas se han tenido que disminuir, lo cual afecta los tiempos de espera para la cirugía.

➤ **Dotación de Consultorios**

Actualmente el Hospital cuenta con una capacidad instalada para atención de consulta externa, que se considera adecuada, las instalaciones fueron construidas para proporcionar este servicio en instalaciones favorables para los pacientes, y en función de la demanda, las instalaciones fueron asignadas a las diferentes especialidades, quienes en función de las horas de utilización, llegan a definir los consultorios que disponen.

Al evaluar la dotación de consultorios 2016–2017, se puede constar que se han realizado cambios en los consultorios para la Consulta Externa. Los Consultorios de Emergencia están ubicados en el

Edificio de la Torre y están disponibles las 24 horas del día. En relación a los consultorios para Consulta Externa incluyendo Odontología, desde el 2016 se trasladaron todas las especialidades a las instalaciones de la Consulta Externa del Edificio Anexo, donde para el 2016 se contaba con 57 consultorios, de estos se han destinado para las sub especialidades médicas 38 y para las quirúrgicas 19, de dichos consultorios asignados se habilitan para funcionamiento en función de las horas 34 consultorios, ya que de las especialidades médicas se utilizan un promedio de 6 horas por día y para sub especialidades quirúrgicas un promedio de 4 horas por día, habitualmente la ocupación se da en el transcurso de la mañana que es cuando está programado la mayoría del recurso médico, por lo que en el 2017 se estimó que las horas consultorio utilizado por día serán de 5.40.

B. Análisis de Capacidad Residual

La capacidad residual es una variable analizada a la luz de la capacidad instalada de consultorios, quirófanos y camas, al evaluar los datos 2016-2017, vemos los resultados planteados en los cuadros siguientes:

➤ Camas

La capacidad residual de camas de los años 2016-2017, permite realizar el análisis y la estimación de camas con la que se contó por servicio para la atención de hospitalización, de tal manera que al evaluar los resultados se pueda definir el funcionamiento de las camas para la programación 2018. La evaluación de la capacidad residual de las camas en términos generales, permitió establecer que se ha mejorado la utilización de las camas en los diferentes servicios, en algunos de ellos no se tiene capacidad residual y otros están dentro del margen programado, salvo algunas excepciones, es importante hacer notar que los resultados también evidencian el manejo de la información que se construye y utiliza para poder realizar los análisis de dotación de camas. Cabe destacar que para lograr un mejor aprovechamiento de las camas es conveniente evaluar el funcionamiento de las diversas especialidades, así como la demanda de atención, los indicadores de estancia e incidencia de la morbilidad, a fin de poder establecer estrategias que permitan flexibilizar el uso de las camas, no en función del servicio sino del estado del paciente, la demanda de la especialidad y respetando la dotación institucional. También al revisar este dato se puede inferir que para mejorar la eficiencia en el uso de camas es necesario revisar periódicamente su uso, a fin de realizar ajustes e implementar estrategias y programas de mejoras en los servicios finales de atención, tales como llevar: realizar un registro adecuado y oportuno de la información, un mejor control de las patologías atendidas en cada servicio, evaluar la demanda de atención, evaluación del funcionamiento y viabilidad de la implementación de servicios de hospitalización de día y programas de atención ambulatoria en los cuales las camas a utilizar son no Censables, de tal manera que se pueda no solo mejorar sino también reducir costos en la atención.

➤ Quirófanos

La comparación de la capacidad residual del 2016 - 2017 muestra que en el 2016 se tenía un déficit residual de -532, es decir que se produjo más de lo esperado con los recursos disponibles. El 2017, el resultado muestra una capacidad residual de cero, lo cual tomando en cuenta que el análisis se realizó con datos a migrados al SPME a octubre, se puede inferir que la tendencia es como en el 2016, es decir a producir más de los esperado. Esto se debe a que las metas se han estimado considerando que el promedio de tiempo de cirugía es de 2.5 horas y que se utilizan 52 horas

quirófanos por día, lo cual en función de la demanda y los recursos disponibles pueden variar entre otras razones también por las jornadas quirúrgicas.

➤ **Consultorios**

Los resultados del cuadro siguiente, muestran la relación entre la dotación de consultorios y horas de consulta con la producción realizada. Los datos de producción son migrados del SIMOW y los datos relacionados con los consultorios son digitados en el SPME, dado que no se ha realizado una asignación de consultorios y horas por cada especialidad, sino todos destinados al rubro de Pediatría, por la incongruencia en la codificación de la apertura programática del SIMOW en relación al SPME, se ha modificado el cuadro con el objetivo de evaluar y analizar el resultado.

En términos generales y tomando en cuenta los resultados y lo descrito, es evidente que existe capacidad residual, esto es porque aunque se cuente con los consultorios por especialidad, estos no están siendo utilizados, porque no se cuenta con algunas horas médicas necesarias para algunas especialidades de forma específica, además no se cuenta con los recursos humanos y de apoyo administrativo para la ampliación de horarios y mejorar la cobertura de atención. Sin embargo, si comparamos los datos del 2016 en relación al 2017 podemos observar que la capacidad residual se ha disminuido, esto es producto a los ajustes realizados en las horas consultorio utilizados, ya que esto muestra la realidad en relación al aprovechamiento de los consultorios en relación a las horas disponibles del recurso que los utiliza.

C. Recursos Humanos

➤ **Caracterización del Recurso Humano del Hospital 2018**

Es importante denotar que la cantidad de producción está directamente relacionado con los factores de la misma, uno de ellos y el más importante es el recurso humano, mismo que en relación de las estrategias que la organización pueda tomar, radica en el cumplimiento de los objetivos de la misma y así lograr un mejor desempeño organizacional.

El Hospital para cumplir con su oferta de servicios, cuenta con una plantilla de personal, la cual está conformada con los recursos representados en cuadro siguiente:

CLASIFICACION DE RECURSOS HUMANOS (LEY DE SALARIOS Y GOES 2017)		
TIPO	PERSONAS	PLAZAS
MEDICO STAFF (especialistas)	198	213
ODONTOLOGO	8	8
OTROS PROFESIONALES	70	73
ENFERMERA GRADUADA	264	260
AUXILIAR DE ENFERMERIA	159	154
TECNICO CALIFICADO	175	169
TECNICO ADMINISTRATIVO	215	214
SERVICIOS GENERALES	182	166
APOYO COMUNITARIO	1	1
PRACTICANTES INTERNOS	40	40
MEDICOS RESIDENTES I, II, III	45	45

CLASIFICACION DE RECURSOS HUMANOS (LEY DE SALARIOS Y GOES 2017)		
TIPO	PERSONAS	PLAZAS
TOTAL	1357	1343

De la plantilla de personal, el 69% son mujeres y el 31% hombres, y de estos el 66% está asignado a las funciones asistenciales y el 34% a labores administrativas.

➤ **Desarrollo del Recurso Humano.**

El capital humano, es el recurso más importante de una organización. Partiendo de esta premisa, el desarrollo del recurso humano debería ser una de las actividades vitales a impulsar en la planificación estrategia. Hay dos aspectos fundamentales a considerar, primero el número de recursos humanos y segundo la calidad del recurso humano.

En relación al primer aspecto, el hospital tiene una planta de personal fija, los incrementos o disminuciones se dan en función de las renunciaciones y ocupación de plazas vacantes, no obstante, es importante reconocer que en los últimos dos años se han venido realizando acciones como: ordenamiento de plazas, algunas contrataciones nuevas tanto en plazas que quedan vacantes, como plazas reclasificadas.

Con respecto al segundo punto, para lograr la calificación del recurso humano, el Hospital cuenta en su Estructura Organizacional con el Departamento de Capacitación, el cual ha realizado acciones concretas para lograr mejorar la calidad del recurso humano del hospital.

Los esfuerzos realizados en gestión de recurso humano, se pueden identificar de acuerdo a los aspectos siguientes:

- Que al realizar el monitoreo y evaluación a través de la Matriz de Evaluación del Plan del MINSAL, se puede constatar que se ha logrado el Cumplimiento del Plan de Formación y Educación Permanente Institucional, en el período comprendido de enero a octubre de 2017, en un 66%, ya que se han ejecutado **3,875** eventos programados.
- Que se ha creado como un proyecto de Mejora, el Centro de Formación Virtual en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, ubicado en el 10º nivel, con el apoyo de las autoridades del hospital, del MINSAL, el Instituto Nacional de Salud – INS y la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID), que financiaron el proyecto.
- El Hospital se ha comprometido con el bienestar de los empleados y con el fin de proporcionar estabilidad y mejora de las condiciones laborales en el marco legal y financiero establecido, ha realizado la absorción de 212 plazas que anteriormente eran contratadas anualmente por medio de contratos GOES y de las cuales, 182 plazas fueron trasladadas a Ley de salarios en formulación presupuestaria 2011 y las últimas 30 se trasladaron en presupuesto 2014.
- Se ha hecho una distinción especial al personal pagado por fondos propios para garantizar su pago en fechas de planillas de salarios y no con el resto de personal que realiza turnos.
- Al personal médico nombrado en más de una plaza, se le ha unificado el número de horas en una plaza equivalente permitiendo mayor estabilidad, un mejor ordenamiento y distribución de horas médicas en el hospital.
- Eliminación de plazas compartidas, con lo cual el recurso médico posee una plaza completa en la institución

- Se han desarrollado procedimientos que garantizan la masiva participación democrática y transparente de todos los empleados en la elección de sus representantes en comités y comisiones que establece la normativa legal vigente.

A pesar de los esfuerzos, al evaluar la situación del recurso humano del Hospital es fácil concluir que existen necesidades de recursos en diversas áreas tanto de atención directa a pacientes como en otras áreas, entre otras razones, por las que se mencionan a continuación:

- Se cuenta con un porcentaje significativo de personal en edad de jubilación
- Un alto porcentaje del recurso se encuentra en edades de más de 40 años,
- Personal en situación de riesgo en salud
- Ausencias especialmente generadas por aspectos relacionados con la salud y personales, y dado que no se cuenta con personal de relevo ni para cubrir incapacidades se afecta el proceso de atención.
- Necesidad de tiempo para la formación permanente, que permita lograr la calificación y especialización.
- Necesidad de tiempo para promover la Investigación
- Limitaciones para la agilización en los procesos de contratación

En relación a la calidad del recurso humano, hay aspectos fundamentales a considerar, entre estos los problemas relacionados con el tema actitudinal, con el tema de valores y el tema de competencias entre otros, para todo esto es prioritario la implementación de una política de recursos humanos; es decir, estrategias y acciones que permitan el desarrollo del recurso humano y que involucren aspectos como: capacitación, formación, motivación, integración, adhesión institucional y reconocimiento, de tal manera que se logre incidir en la cultura organizacional para generar un cambio en el empleado y se logre contar con la participación activa y proactiva en los procesos y una identificación con el que hacer del Hospital.

Es esencial en relación a este rubro, establecer los perfiles de personal, para posteriormente hacer un inventario del mismo, e implementar actividades para disminuir la brecha encontrada.

D. Equipamiento de los Servicios.

Durante la gestión, se ha realizado una fuerte inversión en equipo médico, mucho de estos proporcionados por proyectos financiados por el Gobierno Central y gestionados por el MINSAL y la Dirección de la institución, entre estos se puede mencionar la Construcción y equipamiento de la Consulta Externa, Construcción y equipamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Equipamiento de Sala de Operaciones, Remodelaciones de los Servicios de Hospitalización, Remodelación y equipamiento de Patología y otros.

La inversión realizada por año, se detalla en el gráfico anterior. De la inversión en equipamiento, en 2017 destacan entre otros, los siguientes:

- Adquisición de Equipo de Lavandería
- Adquisición de Equipo de Resonancia Magnética a un costo de \$ 1,415,250.71, donado por el gobierno de Japón y la contraparte por el HNNBB en remodelación y otros con un monto de \$ 25, 0000.
- Suministro, Instalación y puesta en marcha de Ascensores a un costo de \$ 1,087,087.83 a través del BID-PRIDES-MINSAL.

- Remodelación y Equipamiento del Albergue para Padres en el HNNBB, con un monto de \$ 14283.96, donado por Tabernáculo Bíblico Bautista Amigos de Israel Central y otras donaciones.
- Restablecimiento del Generador de Aire Comprimido Médico, con un monto de \$ 18,984, con recursos propios.
- Adquisición de intercambiador de calor, con monto de \$ 11,350, con fondo GOES.

Con la renovación de equipos especialmente biomédicos impulsada en los últimos años, se estima que actualmente se ha logrado un 50% en la actualización tecnológica de los equipos, y de forma progresiva se gestiona el recambio de equipo que va quedando en obsolescencia.

E. Condiciones de la Planta Física e Infraestructura.

Las condiciones actuales de la planta física del Hospital actualmente son las que se mencionan a continuación:

Paredes

Después de la reconstrucción del hospital a raíz del terremoto del año 1986, la pintura exterior de los edificios no ha sido renovada, lo que ocasiona daños en las paredes al estar expuestas a los efectos del sol y la lluvia. La pintura interior en una buena parte se ha renovado de acuerdo a los requerimientos de los usuarios y al proyecto de remodelación de ambientes efectuado el año 2014. Como consecuencia de los terremotos ocurridos en el año 2001 los edificios del complejo del Hospital Bloom, sufrieron daños menores en sus paredes, la mayoría de estos daños fueron reparados, pero aún está pendiente de reparación las grietas en el nivel 11 y escaleras norte de la torre. Se han realizado gestiones múltiples con diferentes empresas y organizaciones, pero no se han obtenido resultados positivos. Para este año se desarrollaran otras gestiones para tratar de resolver esta problemática.

Cielo Falso

Aproximadamente un 20% de las losetas de cielo falso de los edificios se encuentran con deterioro especialmente manchas ocasionadas por fugas de agua y otras deterioradas por su tiempo de uso. Permanentemente se efectúan trabajos de sustitución de losetas dañadas. Se realizado gestiones para que en el 2017 se realice la sustitución completa en varias áreas, entre estas las áreas de quirófanos.

Barandal Externo

El barandal exterior que rodea el hospital se encuentra deteriorado en algunos tramos y para mantener las condiciones de seguridad del perímetro se requiere la sustitución parcial de la estructura metálica. A fin de avanzar se ha proyectado realizar en el 2017, la restauración por tramos.

Instalaciones Sanitarias

Estas instalaciones sufren daños constantes ocasionados por los usuarios internos y externos, con mucha frecuencia los sanitarios se encuentran con sus accesorios quebrados y obstruidos por desechos sólidos que son depositados irresponsablemente en su interior, generando gastos y mayor trabajo para nuestro personal.

Vapor.

En general la red de vapor está funcionando adecuadamente, los desperfectos propios de su funcionamiento como fugas y trampas de vapor, son atendidos y corregidos oportunamente. Una de las calderas según estudio de ultrasonido efectuado en el mes de diciembre de 2013, se encontraba

con desgaste interior, por seguridad se solicitó su sustitución. Se realizó la gestión para la compra de las dos calderas y se recibieron ofertas, por lo que en base a las ofertas recibidas, tomando en cuenta el monto, la gestión de adquisición ha sido realizada como un Proyecto del MINSAL, del cual actualmente se encuentran en procesos de instalación. También una de las bombas del tanque colector de condensa se encuentra dañada y requiere sustitución a la brevedad. Se realizó gestión de compra pero no fue posible su adquisición.

Agua potable.

El sistema de bombeo funciona bien, ocasionalmente se tienen fugas en la red de distribución, las cuales se encuentran degradadas por el tiempo de uso. Se está trabajando en la sustitución progresiva de las tuberías de cobre por otro material. El control de llenado de las cisternas de la torre se encuentra con fallas, se gestionó un sistema automático de control sin resultado satisfactorio. Igualmente se gestionó la automatización de las cisternas de la consulta externa y el edificio de cirugía plástica ya que con frecuencia el sistema de flotador falla, ocasionando rebalse; no hubo resultado satisfactorio. Más sin embargo, en el mes de octubre de 2016 se logró instalar un nuevo sistema de control de cisterna del anexo. El sistema de filtros de arena se encuentra fuera de servicio por daños irreparables, por lo que el agua utilizada en el hospital no está siendo tratada; se hizo gestión de compra, pero no fue posible su adquisición por falta de presupuesto, se continuara con nuevas gestiones.

La capacidad de las cisternas de la torre es insuficiente para atender la demanda por más de un día en caso de emergencia; por lo que es conveniente se gestione con el MINSAL o con el apoyo de ANDA, la construcción de un pozo, el cual nos daría autonomía en caso de falla en el suministro de ANDA.

Red Contra incendios

Los gabinetes contra incendios se encuentran completos con sus mangueras. Todos los extintores de incendios se encuentran recargados. La bomba que funciona con gasolina no funciona y es necesaria su sustitución para garantizar la seguridad en caso de incendios. Se hizo la gestión para su reparación y no hubo resultados, el año pasado se instaló un arrancador suave en la bomba eléctrica del sistema para mejorar su funcionamiento.

Climatización.

Actualmente, luego de la crisis de climatización por la falla de los equipos de climatización Chiller, se ha logrado con mucho esfuerzo, que funcione uno de los dos Chillers del sistema, debido a su antigüedad ha disminuido su eficiencia y presenta fallas con frecuencia, las cuales son resueltas. Las 15 manejadoras de aire del sistema central de climatización tienen deficiencias, son equipos antiguos y obsoletos; el segundo chiller esta fuera de servicio por fallas en el cooler y otras partes que se utilizaron para restablecer el funcionamiento del otro durante la crisis del 2015. También para paliar esta dificultad grave en la climatización de áreas de gran importancia, en el año 2015 se instalaron equipos Mini Split en todos los quirófanos y en fórmulas lácteas, con lo que se solvento parcialmente esta dificultad. Es de señalar que esta solución debe ser transitoria ya que se incrementa sensiblemente el consumo eléctrico y no son equipos adecuados para estos ambientes. En el 2016 se hicieron gestiones ante el MINSAL y se gestionó la compra de uno de los Chillers, el cual fue instalado, mejorando considerablemente la climatización de las áreas. Es necesaria la sustitución de las manejadoras de aires del sistema y los equipos de aire central y Mini Split en Laboratorio, Emergencia y otras áreas, ya que los actuales están en obsolescencia.

Sistema Eléctrico.

El sistema eléctrico ha funcionado confiablemente; el año 2014, se han sustituido componentes importantes de las sub estaciones eléctricas de la Torre, quedando pendientes algunos otros

elementos de potencia de igual importancia. Con la adición del nuevo edificio de la UCIN, la reserva y capacidad eléctrica de las subestaciones se redujo y aunque aún estamos en niveles seguros, es necesario evaluar constantemente. Con la capacidad de las plantas de emergencia, al ser eliminado este equipo del proyecto UCIN, la reserva se redujo sustancialmente y actualmente ya no es recomendable conectar más carga en este sistema y no tenemos capacidad para cumplir requerimientos futuros de alimentación eléctrica de emergencia. Se instalaron interruptores adicionales en la transferencia automática del control eléctrico del edificio de la consulta externa. Estos equipos no fueron incluidos en el diseño original de la instalación eléctrica. Uno de los generadores de emergencia está funcionando con problemas en el display y el medidor del consumo de diésel.

Elevadores

Durante varios años atrás, se tuvo como un problema de difícil resolución las fallas frecuentes de los ascensores, más sin embargo luego de múltiples gestiones, en el presente año se efectuó el proceso de compra de todos los elevadores, al momento se encuentran funcionando adecuadamente. Con este proyecto se ha mejorado notablemente la movilidad de usuarios internos y externos. Se asignó personal como ascensorista para los nuevos equipos, ya que según nuestra experiencia, cuando los equipos son controlados por una persona, el índice de fallas disminuye considerablemente; de esta manera se evitaban daños por mal uso.

Gases Médicos.

La red de oxígeno funciona sin problemas, el suministro de aire con los generadores de aire comprimido médico está limitado en capacidad ya que son equipos antiguos y obsoletos, se encuentran trabajando a su máxima capacidad y en caso de mayor necesidad no tenemos capacidad para suplir la demanda. Los equipos más recientes instalados con los proyectos de la UCIN y Quemados, se dañaron significativamente a mediados del año y ya había finalizado la garantía, más sin embargo, se gestionó la compra de los repuestos y finalmente fueron reparados. Está en proceso de adquisición a través de la Fundación Bloom, un equipo dúplex de aire comprimido médico. En cuanto a los sistemas de vacío médico se encuentran funcionando con serias deficiencias, ya que también, ya cumplieron su vida útil por lo que se recomienda la sustitución o un overhaul completo para restablecer su pleno funcionamiento.

Sistema de Aguas Negras.

El sistema de colectores de aguas negras de los edificios del hospital se encuentra funcionando bien, pero con frecuencia se presentan obstrucciones en las tuberías debido a que los usuarios internos y externos depositan desechos sólidos diversos en su interior. Lo que ha ocasionado en años anteriores, problemas con la evacuación de desechos líquidos de todo el hospital por la obstrucción de las tuberías principales de aguas negras ubicadas en la calle frente a la entrada principal, las cuales son responsabilidad de ANDA.

Software para Administración del Mantenimiento.

El programa de software para el control del mantenimiento preventivo (MPP) y correctivo (MC), se encuentra obsoleto y sin funcionar. Este software es muy importante para el trabajo de mantenimiento, ya que permitiría tener un control de los trabajos ejecutados, el establecimiento de costos reales, generación de informes de producción, etc. Actualmente el MINSAL está desarrollando un software que se espera sea proporcionado en el corto plazo. Es importante señalar que si se continúa con las limitaciones de recursos para inversión de equipos, los sistemas, instalaciones y equipos industriales continuarán deteriorándose paulatinamente hasta quedar fuera de servicio con el consiguiente impacto en las actividades hospitalarias, así mismo las nuevas instalaciones (UCIN, Consulta externa, Edificio de Cirugía plástica) que requieren mantenimiento y las cuales no podrán ser atendidas adecuadamente por nuestro departamento si no se cuenta con los recursos suficientes.

Además, consideramos necesario se incremente el presupuesto destinado para el mantenimiento de equipos e instalaciones del hospital y que se efectúen las gestiones para la renovación de los equipos y sistemas más importantes y que han finalizado su vida útil, así como para la reposición de las plazas.

F. Sistemas Informáticos y Comunicaciones.

Las condiciones actuales del Equipo Informático incluyendo redes y el número de equipos y estado de los mismos esta de la forma siguiente, con respecto a equipo informático en nuestro hospital, se incrementado considerable su número, gracias a los proyectos de remodelación y reconstrucción de áreas de atención especiales, que nos ha permitido incluir dentro de cada proyecto, la adquisición de equipos nuevos, actualmente se cuenta con un total de 329 computadores, de las cuales 165 están ubicadas en el edificio Torre y 164 en el Anexo Hospitalario, Todas ellas cuales cuentan con su licenciamientos, así como los licenciamientos de software para servidores y estaciones de trabajo logrando tener casi el 100% de toda la institución legalizada con relación a las licencias, incluyendo antivirus, software para el desarrollo de sistemas con las últimas versiones de SQLSERVER, VISUAL ,NET, WINDOWS profesional 8.1 y antivirus Mcaffee. Muchos de estos licenciamientos se han logrado a través de diversas gestiones realizadas por el Departamento de Informática.

En cuanto a la infraestructura de red esta ha sido mejorada considerablemente, ya que se ha ordenados el rack principal de centro de datos y agregados nuevos puntos de red, en base a los proyectos de desarrollo, además se han adquirido switch's capa tres, los cuales permiten tener redes más estables ya que se ha reducido los switch's genéricos capa 1; en la actualidad contamos con un 70% con red normalizada a nivel capa 3. También se cuenta con servidores de correo, Infraestructura de Internet, Infraestructura de Res Inalámbrica, video vigilancia. En cuanto a los sistemas informáticos, se han elaborado en los últimos años, 34 módulos algunos aún no se han puesto en producción y otros están siendo utilizados en las áreas de atención como: Emergencia, Radiología, Consulta Externa, Centro Quirúrgico, Estadística y Documentos Médicos, Hospitalización. Todos estos módulos por supuesto han requerido esfuerzo en su creación y mantenimiento, así como actualizaciones.

G. Camas Hospitalarias (Dotación de Camas)

En relación a la dotación de camas, la definición de asignación de las camas se analiza a la luz de los resultados de la producción y el perfil epidemiológico del Hospital, en los últimos años la tendencia muestra que la estrategia es disminuir camas hospitalarias y aumentar las camas para manejos ambulatorios, con lo cual se persigue entre otros hacer más eficientes los servicios de internación y reducir los costos de operación.

En el 2015 se modificó la dotación de camas, específicamente porque el número de camas asignadas como ambulatorias en Oncología, pasaron a ser de tipo Censables, porque tenían una estancia mayor de 24 horas y aunque los pacientes que se atienden en dichas camas, son lo que se ingresan para procedimientos ambulatorios, la prolongación en la estancia es necesaria para mejorar la calidad en el manejo y garantizar la efectividad del tratamiento.

En los últimos años, luego de realizar los análisis pertinentes, basados en la demanda atendida, las condiciones externas y la producción de los servicios, se han realizado diversos cambios en la dotación de camas oficial, los cuales se muestran en el cuadro siguiente:

N° DE CAMAS CENSABLES								
Servicios de Hospitalización	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Neonatología	35	35	35	35	32	32	32	32
Medicina Interna	26	26	26	24	24	24	24	24
Oncología	24	24	24	42	42	43	43	43
Infectología	45	42	42	36	36	36	36	36
Nefrología	9	9	9	9	9	9	9	9
Hematología	18	18	18	18	18	18	18	18
Cirugía General	29	29	29	29	33	33	33	33
Cirugía Plástica	21	20	20	20	20	18	18	16
Neurocirugía	29	29	29	29	29	29	29	29
Otorrinolaringología	11	7	7	6	6	6	6	6
Oftalmología	7	11	11	9	9	9	9	9
Ortopedia	23	23	23	23	18	18	18	18
Servicios por Contrato	12	12	12	12	12	12	12	12
Total de camas de hospitalización	289	285	285	292	288	287	287	285

Fuente: Unidad de Planificación

Como se evidencia en el cuadro, el Hospital después de analizar los resultados en el manejo de las camas, así como el perfil epidemiológico y otros aspectos a considerar, define la Dotación de Camas Censables.

N° DE CAMAS NO CENSABLES									
Años	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
SERVICIOS DE APOYO CON CAMAS (De Tránsito)									
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica	16	16	16	16	16	16	16	16	
Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica (Antes Cuidados Intermedios)	6	6	6	6	6	6	6	6	
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal	12	12	12	12	15	15	15	15	
Total de Camas de Servicios de Apoyo	34	34	34	34	37	37	37	37	
SERVICIOS AMBULATORIOS									
Diálisis	13	13	13	8	8	8	8	8	
Diálisis Ambulatoria						6	6	6	
Hemodiálisis	4	4	4	1	7	8	8	8	
Nefrología Ambulatoria					2	2	2	2	
Oncología Ambulatoria I	18	18	18	16	16	16	16	16	
Oncología Ambulatoria II	16	16	16	0	0	0	0	0	
Hematología Ambulatoria	2	2	2	2	2	2	2	2	
Observación de Emergencia	7	7	7	7	7	7	7	7	
Máxima Urgencia	5	5	5	5	5	5	5	5	
Oftalmología y ORL Ambulatoria	4	4	4	0	0	0	0	0	
Oftalmología Ambulatoria	0	0	0	4	4	4	4	4	
Otorrinolaringología Ambulatoria	0	0	0	3	3	3	3	3	
Cirugía Ambulatoria	4	4	4	4	4	4	4	4	
Observación de Servicios por Contrato	5	5	5	5	5	5	5	5	

N° DE CAMAS NO CENSABLES								
Años	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cirugía Plástica Ambulatoria						2	2	4
TOTAL	78	78	78	55	63	72	72	74
Total de camas No Censables	112	112	112	89	100	109	109	111

Fuente: Unidad de Planificación

En relación a las camas ambulatorias el manejo adecuado y esperado se ha visto afectado por la demanda, y es por eso que en algunas ocasiones se han tenido que utilizar como censables. El hospital a fin de eficientizar el uso de las camas, ha aplicado la estrategia de ampliar la dotación de camas de Hospital de Día, lo cual implica reducción de costos y mejores condiciones para la atención para el paciente. También es importante destacar, que aunque en los servicios de Hospital de Día, se definen la existencia de camas, en algunos servicios no se cuenta con dichas camas instaladas, sino que se atiende a los pacientes en canapés, sillones y otros, donde se proporciona la atención, ya que algunas veces no se cuenta con el espacio físico suficiente para poder ubicar camas.

H. Oferta de Servicios

La oferta o portafolio de servicios del Hospital es un documento oficial, el cual se revisa y actualiza año con año, la actual puede ser consultada en el portal de transparencia del Gobierno de El Salvador (transparencia.gob.sv); en la actualizada en el 2017, se ofrecen los servicios que a continuación se detallan:

- Servicios de Hospitalización
- Atenciones en Unidades de Cuidados Críticos
- Atención en Hospital de Día
- Atenciones en Emergencia
- Consultas Externa
- Procedimientos e Interconsultas
- Intervenciones Quirúrgicas
- Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
- Laboratorio Clínico
- Laboratorio de Genética
- Radiología
- Ultrasonografía
- Tomografía
- Banco de Sangres
- Anatomía Patológica
- Neurofisiología
- Fisioterapia
- Terapia Respiratoria
- Audiología
- Electroencefalografía
- Electrocardiografía
- Ecocardiograma
- Farmacia
- Fisioterapia de Tórax y Rehabilitación pulmonar
- Pruebas de Alergia
- Nutrición Parenteral
- Servicios de Docencia

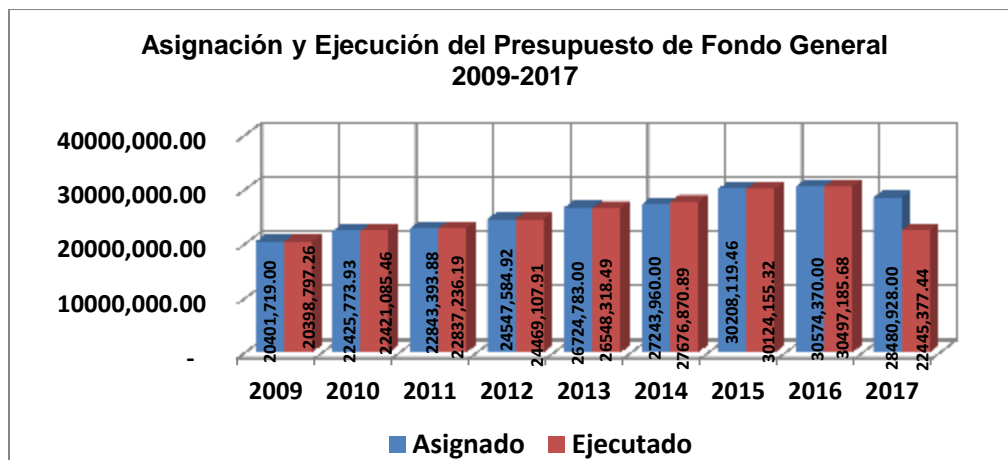
I. Situación Financiera

Los presupuestos que se proporcionan para el sector de salud en cualquier parte del mundo, siempre ha sido considerados como insuficientes para cubrir las múltiples necesidades que se tienen para proporcionar una atención con calidad. El Salvador no es la excepción, y más si consideramos que es un país en vías de desarrollo, con condiciones sociales, económicas y ambientales que generan una demanda que debe ser atendida.

El Hospital siendo una institución dependiente del MINSAL, pero que cuenta con un presupuesto descentralizado, ha contado con los presupuestos que se presentan a continuación:

Año	Presupuesto Fondo General		Presupuestos Préstamos Externos		Presupuesto Fondos Propios		Ejecución Presupuestario			Variaciones de la Asignación Presupuestaria	
	Asignado	Ejecutado	Asignado	Ejecutado	Asignado	Ejecutado	Fondo General	Préstamos Externos	Fondos Propios	Fondo General	Fondos Propios
2009	20401,719.00	20398,797.26	1413,625.00	1040,205.06	1609,078.00	1593,269.91	99.99%	73.58%	99.02%		
2010	22425,773.93	22421,085.46	206,026.00	206,026.00	1274,291.07	1274,291.07	99.98%	100.00%	100.00%	9.92%	-20.81%
2011	22843,393.88	22837,236.19			1335,481.12	1335,481.12	99.97%		100.00%	1.86%	4.80%
2012	24547,584.92	24469,107.91	425,000.00	419,513.49	1703,256.08	1703,256.08	99.68%	98.71%	100.00%	7.46%	27.54%
2013	26724,783.00	26548,318.49			1754,018.00	1754,018.00	99.34%		100.00%	8.87%	2.98%
2014	27243,960.00	27676,870.89			1891,545.38	1891,545.38	101.59%		100.00%	1.94%	7.84%
2015	30208,119.46	30124,155.32			1750,000.00	1749,922.84	99.72%		100.00%	10.88%	-7.48%
2016	30574,370.00	30497,185.68			1500,000.00	1476,104.00	99.75%		98.41%	1.21%	-14.29%
2017	28480,928.00	22445,377.44			1500,000.00	1323,459.00	78.81%		88.23%	-6.85%	0.00%

Notas:
2015 No incluye en el cuadro las facturas que pagó MINSAL por \$ 202,809.46
2016 No incluye en el cuadro las facturas que pagó MINSAL por \$ 656,651.51
2017 Monto ejecutado a Septiembre de 2017



Comparativo de Distribución del Presupuesto

FONDO GENERAL		2015		2016		2017	
ESPECIFICO	DESCRIPCION	PRESUPUESTO MODIFICADO 2015	PRESUPUESTO EJECUTADO 2015	PRESUPUESTO MODIFICADO 2016	PRESUPUESTO EJECUTADO 2016	PRESUPUESTO ANUAL 2017	PRESUPUESTO EJECUTADO A SEPT. 2017
51	Salarios	21125,993.00	21055,085.33	22382,960.00	22309,926.29	23058,315.00	16442,907.71
54101	Productos Alimenticios	268,880.37	268,880.37	266,257.38	266,257.38	266,257.38	140,457.89
54103	Productos Agropecuarios y forestales			847.30	847.30	847.30	

54104	Productos Textiles y Vestuarios	68,493.24	68,493.24	28,209.34	28,209.34	28,209.34	28,673.29
54105	Productos de Papel y cartón	80,826.48	80,826.48	33,035.59	33,035.59	33,035.59	45,285.70
54106	Productos de cuero y caucho	0.75	0.75				
54107	Productos Químicos	217,819.70	217,819.70	214,751.13	214,751.13	214,751.13	67,303.28
54108	Productos farmacéuticos y medicinales	2908,227.12	2902,713.30	2923,264.14	2923,264.14	653,824.14	2615,785.40
54109	Llantas y Neumáticos			625.00	625.00	625.00	
54110	Combustibles y Lubricantes	1,382.12	1,382.12	85.00	85.00	85.00	
54111	Minerales no metálicos y productos derivados	4,897.76	4,897.76	830.36	830.36	830.36	
54112	Minerales metálicos y productos derivados	4,017.10	4,017.10	4,105.45	4,105.45	4,105.45	
54113	Materiales e Instrumental de Lab. Y uso Médico - Insumos Médicos	3052,663.96	3047,150.14	2202,058.77	2197,908.16	1711,914.98	1403,942.14
54114	Materiales de Oficina	3,934.33	3,934.33	2,588.48	2,588.48	2,588.48	3,618.80
54115	Materiales Informáticos	512.38	512.38	1,262.25	1,262.25	1,262.25	
54116	Libros, textos, Útiles y Publicaciones	90.00	90.00				
54118	Herramientas, Repuestos	84,413.87	84,413.87	38,481.14	38,481.14	38,481.14	22,760.61
54119	Materiales Eléctricos	21,709.46	21,709.46	12,143.15	12,143.15	12,143.15	7,678.00
54122	Vacunas para Humanos	126.00	126.00				
54123	Oxígeno	618,901.18	618,901.18	748,766.29	748,766.29	748,766.29	499,037.62
54199	Bienes de uso y consumo diversos	9,033.80	9,033.80	12,494.90	12,494.90	12,494.90	3,510.00
54201	Servicio de Energía eléctrica	636,447.46	636,447.46	583,120.39	583,120.39	583,120.39	489,432.49
54202	Servicio de agua	23,210.62	23,210.62	15,763.80	15,763.80	15,729.00	15,704.60
54203	Servicio de telecomunicaciones	26,360.47	26,360.47	14,489.46	14,489.46	14,489.46	5,301.77
54301	Mtto. Y Repar. Bienes Muebles	338,137.28	338,137.28	374,929.86	374,929.86	374,929.86	131,632.77
54303	Mtto. Y Repar. Bienes Inmuebles	15,812.78	15,812.78	61,657.18	61,657.18	61,657.18	44,213.55
54306	Serv. De Vigilancia	165,529.50	165,529.50	170,584.80	170,584.80	170,584.80	133,895.16
54307	Servicio de Limpieza y Fumigación	424,045.58	424,045.58	387,168.33	387,168.33	387,168.33	286,160.71
54316	Arrendamiento de Bienes Muebles	7,100.00	7,100.00	7,810.00	7,810.00	7,810.00	3,550.00
54399	Servicios Generales y Arrendamientos Diversos	67,677.68	67,677.68	45,986.91	45,986.91	45,986.91	32,080.08
54501	Servicios Médicos (Dosimetría)	5,639.37	5,639.37	3,215.19	3,215.19	3,215.19	
55599	Impuestos, tasas y derechos diversos	22,279.64	22,279.64	29,707.66	29,707.66	25,800.38	20,701.98
55601	Primas, Seguros Personas	420.36	420.36	392.34	392.34	392.34	392.34
55602	Primas, Seguros Bienes	1,507.28	1,507.28	1,507.28	1,507.28	1,507.28	1,351.55
56304	A personas Naturales	2,028.82	2,028.82	5,271.13	5,271.13	-	
Total		30208,119.46	30124,155.32	30574,370.00	30497,185.68	28480,928.00	22445,377.44

Como se evidencia en el cuadro anterior la asignación del presupuesto del fondo general, en promedio del 2009 al 2016 ha tenido un incremento del 6%, sin embargo, en el 2017 hubo una disminución del 7%, en lo que se refiere a su ejecución, que casi siempre ha sido del 100%. Es de hacer notar que las variaciones de la asignación presupuestarias año con año han sido progresivos hasta el 2016, pero el aumento no ha estado en concordancia con las necesidades reales del Hospital, ya que el incremento ha sido destinado para cubrir los salarios por la aplicación y cumplimiento de la Ley del Escalafón, es decir que más del 70% del presupuesto se ha destinado para pago de salarios, por lo que el presupuesto cada vez se vuelve insuficiente, ya que se va reduciendo el presupuesto de funcionamiento y no se cuenta con recursos para inversión y desarrollo.

De acuerdo a los datos reflejados en el cuadro de la distribución por específico de gastos se evidencia que el 72% se ejecuta en Salarios, el 10% en productos farmacéuticos y medicinales, el 8% en materiales e instrumental de laboratorio e insumos médicos, un 3% en servicios básicos y el resto en los otros rubros, esto evidencia que a pesar que el presupuesto del hospital se ha incrementado, aún es insuficiente, y esto por múltiples razones: el mayor porcentaje de la asignación presupuestaria es para el pago de recursos humanos y si a esto agregamos que anualmente debe existir por ley un incremento promedio del 7% como incremento salarial (ley del escalafón), el margen para costos directamente relacionados con la atención, es decir medicamentos e insumos, es cada vez menor. Además los costos de servicios básicos van en aumento, además cada año se incrementan los servicios de vigilancia y limpieza. A todo esto se debe sumar los costos de la inflación anual que no están previstos dentro de la asignación del presupuesto. Por otra parte la tecnología médica y los insumos y medicamentos especializados, son de gran costo, hay especialidades tales como hematología, oncología, neonatología y nefrología, que por el tipo de tratamiento requerido consumen una gran parte del presupuesto y demandan insumos y medicamentos específicos con un costo mayor.

J. Gestión de la Calidad

El Hospital con la finalidad de cumplir con la misión ha incorporado en su Estructura de funcionamiento la Gestión de Calidad, la cual es realizada a través de la ejecución y el seguimiento de los procesos siguientes:

- La Medición de Estándares de Calidad: Este proceso es un requerimiento del ente rector y es de mucho beneficio para evaluar y analizar el funcionamiento de los procesos de atención hospitalario, realizando una medición mensual, se han establecido una serie de estándares de cumplimiento obligatorio, que determinan el puntaje el estándar, se realiza evaluaciones sistemáticas que ayudan a determinar brechas o áreas de mejora, para lo cual se implementan las respectivas acciones de mejoramiento.
- El Proceso de Supervisión Integral. Se ha establecido un Plan de Supervisión, para el cual se desarrolla una programación anual a las dependencias asistenciales, de apoyo y administrativas, este proceso tiene una ficha de valuación que se adecua de acuerdo a la funcionalidad de las dependencias, evaluando rubros de limpieza, orden, procesos, gerencia, salas situacionales etc. A partir de la evaluación se asigna un puntaje y se determinan áreas a mejorar, posterior a lo cual las áreas desarrollan un Plan de Mejora para resolver los hallazgos encontrados.
- Implementación y monitoreo de la Carta Iberoamericana de la Calidad: A efecto de lograr mejoras constantes y garantizar la calidad en la gestión del Hospital, se realiza anualmente la evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad, en base a un

proceso de análisis y evaluación participativa con todos los miembros del Consejo Estratégico de Gestión, quienes en base a la evidencia recabada, definen la calificación de cada uno de los capítulos que la conforman. Los resultados obtenidos desde el 2012, son los siguientes:

Años	2012	2013	2014	2015	2016
Puntaje alcanzado	413	313	374	414	440
Porcentaje de Implementación	50%	38%	46%	50%	54%
Puntaje Máximo: 820 Puntos					

- **Evaluación de la Satisfacción del Usuario externo**
Uno de los factores importantes a medir para garantizar la calidad de la atención es la satisfacción de los usuarios, la cual en el Hospital se ha definido que se realiza dicha medición una vez al año, con el objetivo de recoger insumos necesarios que permitan establecer estrategias de mejora y avanzar en la calidad de atención. Se realiza una encuesta de satisfacción, que va dirigida a determinar el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios asistenciales, durante el 2017 se realizaron 2 evaluaciones de satisfacción, con resultados mayores al 90% de satisfacción de la atención recibida.
- **Coordinación de Comités Hospitalarios.** Otra de las estrategias enfocadas a impulsar la cultura de calidad es el establecimiento de comités hospitalarios, los cuales se constituyen en equipos multidisciplinarios de forma permanente con funciones de monitoreo y evaluación de aspectos importantes para el desarrollo de la gestión del Hospital. Los comités Planifican, organizan, establecen lineamientos de trabajo para las dependencias del hospital, en aspectos puntuales como saneamiento ambiental, Infecciones de
- **Desarrollo e implementación de Planes para la Mejora Continua de la Calidad.** Con el fin de avanzar en la gestión de la calidad, se ha promovido el desarrollo e implementación de acciones y/o Planes de Mejora de tal manera que se logre eficiencia en los procesos y calidad en la atención.

3. Análisis del Cumplimiento de Metas de Producción y PAOI 2017

Con el fin de realizar una programación adecuada se realizó la revisión del cumplimiento de las metas programadas, para lo cual se ha realizado la revisión de los datos de enero a octubre del 2017, encontrándose los resultados siguientes:

Cumplimiento de Metas de Producción a Octubre de 2017

A efecto de realizar un seguimiento en el cumplimiento de las Metas de Producción, se ha establecido en el PAOI de actividades, la revisión trimestral de los resultados. A octubre de octubre los resultados son los siguientes:

➤ **Consulta Externa**

Al revisar el cumplimiento de la Consulta Ambulatoria, podemos constatar que la consulta de sub especialidades médicas el porcentaje promedio de cumplimiento fue del 83%, a pesar que en la

especialidad de fisioterapia no se reportó producción en varios meses, es decir existió un sub-registro por aspectos operativos que se está corrigiendo. En las sub especialidades médica quirúrgica el cumplimiento fue del 94%, Si consideramos que lo esperado era un cumplimiento de meta era el 85%, podemos determinar que se superó en la especialidades quirúrgicas y en de las médicas se logró en un 98%; no obstante, el resultado promedio de sub especialidades médicas fue del 87% de cumplimiento, es decir que la meta se ha cumplido, sobre todo porque la meta introducida al SPME se calculó en base al 100% de horas asignadas a la consulta externa, por lo que el resultado institucional obtenido es aceptable, pero también, es conveniente aclarar que al realizar la revisión del cumplimiento se puede evidenciar que el resultado global obtenido está supeditado al exceso de la producción de algunas especialidades, y la disminución en el cumplimiento de otras; lo cual se debe entre otras razones a la ausencia de pacientes, el ausentismo laboral, falta de recursos de apoyo, etc. En relación a las metas de odontología, se ha trabajado en mejorar los registros y se ha obtenido un cumplimiento del 90% de la meta establecida, la cual al igual que las médicas se estableció considerando las horas destinadas en un 100%.

En el caso otras atenciones de consulta externa como Bienestar Magisterial la meta es un dato de referencia porque son atenciones a demanda. Asimismo, los datos reflejados en nutrición no reflejan la producción real realizada, tanto en la en la clínica del CENID como en el consultorio, estos datos no son introducidos en el SIMOW, sin embargo, se incluyen en los resultados porque se realiza la estadística de la producción de estos profesionales, a los cuales si bien es cierto no se les tasa con consulta, si como un atención brindada a los pacientes y el resultado de cumplimiento de la meta fue del 92%, También como otras atenciones se incluyen las atenciones en psicología las cuales se cumplieron en un 112%.

En relación al cumplimiento del Departamento de Emergencia, el dato de metas solo es un dato de referencia, es decir histórico, ya que su resultado se evalúa en función del perfil epidemiológico y bajo un análisis comparativo de datos de las atenciones realizadas, ya que la producción es por demanda.

➤ **Hospitalización**

Al revisar los resultados a octubre de 2017, en relación al cumplimiento de las Metas de Producción de Hospitalización, se ha encontrado durante la gestión del 2017, los siguientes aspectos:

- En relación al cumplimiento de la producción de egresos hospitalarios se puede evidenciar que los resultados institucionales obtenidos están por arriba del resultado esperado, porque lo programado en el PAOI 2017 fue del 85% y se ha obtenido un resultado institucional del 91% de cumplimiento. Los servicios de especialidades médicas, muestran un cumplimiento del 88%, en estos servicios muchos de los pacientes atendidos, son producto de la demanda generada de pacientes neonatales y de pacientes que se atienden en especialidades con patologías crónicas como: oncología, hematología, nefrología y de enfermedades infecciosas. Es importante destacar que casi todos los servicios, está arriba de la meta esperada, excepto en los servicios de Infectología Pediátrica con una cobertura de 78% y Oncología con un 84%, eso se puede explicar debido a que en el servicio de Infectología muchas veces son ingresados pacientes de otras especialidades médicas por falta de cupo del servicio donde les corresponde que posteriormente son trasladados y dados de alta de la especialidad correspondiente, no contando como alta de Infectología. Oncología, incluye dos servicios de la misma especialidad en uno de los cuales (Oncología 2), se manejan pacientes que con frecuencia presentan complicaciones, por la complejidad de las patologías,

prolongando sus estancias, lo que disminuye la cantidad de egresos que podría obtenerse de dicho servicio, ya que este es un servicio de Hospitalización de corta estancia.

- Con respecto a las Especialidades de Cirugía el resultado global es del 92%, lo cual indica que está arriba de la meta programada, sin embargo, es necesario hacer notar que este resultado es producto del rebalse atendido en el servicio de Cirugía Pediátrica, Ortopedia y Neurocirugía, en el cual se han atendido pacientes que no corresponden a la especialidad, pero que a fin de dar cobertura se cubren y luego se trasladan al servicio que corresponde. Los servicios de Oftalmología y Otorrino presentan coberturas de metas debajo de lo definido.
- Las metas de Servicios por Contrato que son los pacientes atendidos de Bienestar Magisterial, el cumplimiento está al 98%, lo cual supera lo esperado.
- Los que se reportan como egresos fallecidos que se detallan en Emergencia son pacientes que se admitieron en el establecimiento, pero que por su condición no pudieron ingresarse y murieron en la Emergencia.
- Los datos de Cirugía son los captados en la hoja de Ingreso y Egreso, los cuales son ingresados al SIMOWS y migrados al SPME. Estos datos en términos generales evidencian un cumplimiento general de lo programado de un 93%, sin embargo, es importante aclarar que este resultado requiere revisión, ya que la estimación de las metas han tenido cambios en función de la capacidad instalada y los resultados de la información obtenida del Sistema de Información del Centro Quirúrgico.

Se ha avanzado en la mejora de los registros, pero aún existen factores que afectan el que se avance en el establecimiento de una meta en función de la demanda. Se espera que en el 2018, se puedan superar algunos obstáculos y se pueda contar con una mejor información que permita realizar un mejor análisis de la producción quirúrgica.

- En el caso de Medicina Crítica, las Unidades de Cuidados Intensivos, muestra un cumplimiento de la meta de un 90%, a pesar de que en la Unidad de Cuidados Intermedios (actualmente cambio su vocación a UCI Quirúrgica) estuvo cerrada por varias semanas por remodelación. Sin embargo, por cuestiones presupuestarias no es posible ampliar la cobertura de atención.
- En relación a las atenciones de medicina crítica de emergencia se evidencia un cumplimiento del dato de referencia estimado como meta de un 95%, lo cual refleja una tendencia similar año con año, a diferencia de las atenciones de máxima urgencia, la cual se estimó muy por debajo de lo esperado, ya que no se contaba con un registro adecuado y lo cual se ve reflejado en el cumplimiento de la meta que es del 445%.

Cabe destacar en la revisión de los datos Hospitalización que para evaluar el funcionamiento, más que el cumplimiento de la meta, es necesario evaluar además del cumplimiento de metas, los diferentes indicadores de gestión, el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados, y los resultados de morbimortalidad, complicaciones, satisfacción etc., de tal manera que se establezcan estrategias que permitan, la definición de metas y objetivos concretos en función de la calidad de atención y el uso racional y adecuado de los recursos para el logro de una gestión eficiente.

➤ **Servicios Diagnósticos de Laboratorio y Banco de Sangre**

Al revisar los porcentajes de cumplimiento de las metas de los servicios intermedios de laboratorio y banco de sangre, existen variaciones de cumplimiento en las diferentes secciones, pero dado que este es un servicio de apoyo que responde a la demanda de los servicios finales, el análisis

en cuanto al cumplimiento debe ser más profundo, evaluando la producción más que en relación a la meta, con la disposición de recursos para poder realizar las pruebas y el índice de uso de pruebas en relación a los egresos y el día cama ocupada o en comparación con las guías de manejo de pacientes en función de la patología que se está tratando; por tal razón en el PAOI de actividades 2017, se definió como actividad la evaluación sobre el índice de uso de estos servicios en relación a los servicios de Hospitalización, los cuales se presentaron en reportes trimestrales durante el período de gestión. La variación hacia la baja en la producción del área de bacteriología se debe a modificaciones en las políticas de indicaciones de hemocultivo que generaron reducción de estos y una considerable reducción de costos.

➤ **Servicios Diagnósticos Imagenología y Tratamiento**

En relación a los servicios diagnósticos, como imagenología, anatomía patológica y otros servicios diagnósticos, que se evidencian en el cuadro anterior, al igual que laboratorio se producen en función de la demanda de los servicios finales (hospitalización, consulta y emergencia) y el cumplimiento de la meta está sujeto a la disposición de recursos. El aumento de la producción de resonancias magnéticas responde a la puesta en marcha del nuevo equipo, la meta se ajustará para el nuevo año fiscal. En el caso de recetas despachadas en consulta externa ha sido resultado de la mejora en el registro y digitación de la producción del área.

En los resultados a octubre 2017, hay servicios que están arriba del 100%; pero también, hay otros con cumplimiento bajos, lo cual implica que debe establecerse un proceso de revisión y análisis periódico participativo, en el cual los generadores de la información puedan identificar las desviaciones y establecer acciones o planes de mejora, ya que es evidente que existen situaciones que necesitan planes de intervención a fin de garantizar las mejoras en la calidad.

➤ **Servicios Generales**

Al revisar los resultados reportados en el SPME del cumplimiento de Metas de los Servicios generales, se puede concluir que se vuelve difícil el análisis y evaluación específica de los resultados, debido a que los datos se reportan agrupados y no reflejan la realidad institucional, porque por ejemplo en Alimentación y lavandería las metas estimadas para los servicios de Hospitalización son calculados por el mismo sistema SPME, y solamente toma en cuenta para establecer el factor, la producción y el indicador de estancia del año anterior de cada uno de los servicios de Hospitalización agrupados en rubros, para efectos de evaluar es necesario considerar cada uno de los servicios de Hospitalización, así como la producción que estos servicios dan a otros servicios del Hospital, como los servicios de Hospital de día que también tienen una demanda importante.

Sin embargo, con los datos reflejados se evidencia en el caso de Alimentación y Dietas el resultado de cumplimiento está arriba de la meta estimada, esto es producto a las variaciones en los días de estancia y un incremento en la producción de egresos.

En relación a los datos de lavandería, la producción reportada al Sistema no es toda, ya que solo se ingresa la de los servicios finales, y tomando en cuenta este dato se muestra algunas variaciones en los cumplimientos. Es importante recalcar que la producción de lavandería es superior a la reportada en el SPME, dado que este servicio produce también para los servicios complementario y en pequeñas proporciones en servicios administrativos, sin embargo, para efectos de evaluación del SPME solo se reporta lo producido para los servicios finales y la meta es establecida al igual que alimentación en base a los egresos proyectado, lo cual es necesario revisar y ajustar a la realidad del hospital, donde se calculan las metas tomando en cuenta la

demanda de los servicios y se comparan con la meta de producción en función del recurso humanos disponible y el estándar de tiempo que lleva el lavar un libra de ropa.

La Producción de Mantenimiento preventivo ha sido inferior a lo establecido como meta, esto se debe entre otras razones a la limitación del recurso humano (personal que se ha retirado de la institución y que no se ha recontratado nuevo personal para cubrir las plazas vacantes), la afectación principal es que se ha dado respuesta más al mantenimiento correctivo que al preventivo, para lograr mejores resultados es necesario reforzar el áreas a fin de satisfacer la demanda de atención de órdenes de mantenimiento correctivo, y particularmente el preventivo, en las diferentes instalaciones del Hospital.

En cuento al servicio de Transporte el cumplimiento fue del 78%, lo cual está por debajo de la meta establecida del 85%; debido a que hay personal que renuncio y aún no ha sido contratado el recurso humano, además de algunas fallas en los vehículos por la obsolescencia de los mismo, lo que ha restado al cumplimiento de toda la demanda, aunque por supuesto, se prioriza el transporte de pacientes sobre el transporte de personal a actividades de tipo administrativo.

Cumplimiento de Actividades de Gestión Operativa 2017

Evaluación PAOI de Actividades 2017					
N°	Resultado esperado	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	Promedio
1.1.	Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional	72%	92%	65%	76%
2.1.	Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional	100%	100%	80%	93%
2.2.	Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	75%	66%	60%	67%
3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	No se evaluó en este período, se reprograma el 4° Trimestre	100%	100%	50%
4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	100%	75%	100%	92%
5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	75%	62%	67%	68%
6.1	Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente	63%	No se Evaluó el resultado	No se Evaluó el resultado	63%
7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	100%	0%	0%	33%

Evaluación PAOI de Actividades 2017					
N°	Resultado esperado	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	Promedio
8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	No se programó su evaluación en este período	No se programó su evaluación en este período	No se Evaluó el resultado	No se Evaluó el resultado
Total		84%	71%	67%	74%

Fuente: Registros de Evaluación de la Unidad de Planificación del HNNBB

En el cuadro anterior se presenta el resultado de la evaluación de la programación de actividades, como se puede corroborar en promedio al tercer trimestre se ha cumplido en un 67 %, este resultado incluye actividades que no se han evaluado, y algunas reprogramadas para el 4° trimestre. Al momento sin evaluar aun el cuarto trimestre, hay un cumplimiento promedio de 74%, este resultado, refleja que por el momento no se ha podido cumplir con la meta, que se había estimado de un 80% para en Plan de Actividades del PAOI 2017.

El cumplimiento de algunas actividades se ha visto afectado entre otras razones por carga de actividades emergentes que se tienen que cubrir tanto al interior del hospital, como por requerimientos del MINSAL. Sin embargo, es de hacer notar que a pesar de que no todo se ha cumplido, el porcentaje de cumplimiento alcanzado muestra el grado de esfuerzo y avance para cumplir con las actividades programadas, y la característica de flexibilidad que se le ha dado, para realizar el proceso de evaluación, ya que durante el proceso de evaluación trimestral se toman decisiones ya sea para eliminar, reajustar actividades y/o reprogramar el cumplimiento.

4. Análisis del Resultado de los Indicadores 2017

➤ Análisis de Indicadores de Gestión

El Monitoreo de los indicadores de gestión se realiza mensualmente y la gran mayoría están dentro de los resultados esperados; sin embargo, dentro del grupo existen algunos indicadores que están en construcción de línea basal para poder contar con un valor de referencia que permita realizar una valoración más objetiva de los resultados.

Resultados Generados del SPME a Septiembre de 2017

Indicadores de Gestión	Meta Programada	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Promedio
Indicadores de Gestión de Actividades Hospitalarias											
Tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada (días)											
Pediatría	60	46	38	50	46	50	56	53	80	65	54
Cirugía electiva											
Porcentaje de Cirugías electivas canceladas	8	7	7	6	5	3	0	0	3	7	4
Tiempo promedio de espera para cirugía electiva (Días)	90	87	94	96	75	86	73	62	63	69	78

Indicadores de Gestión	Meta Programada	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Promedio
Porcentaje de infecciones nosocomiales											
Porcentaje infecciones intrahospitalarias	4	3.2	3.82	3.5	2.58	2.63	0	3.33	3.99	3.2	3
Pacientes recibidos de otras instituciones											
Número total de pacientes recibidos para atención de Consulta Médica Especializada	0	709	790	861	650	460	599	673	653	610	667
Número total de pacientes recibidos de otras Instituciones	0	709	790	861	650	460	599	673	653	610	667
Pacientes referidos a otras instituciones											
Número total de pacientes referidos para atención de Consulta Médica Especializada	0	147	108	118	84	121	142	106	104	79	112
Número total de pacientes referidos a otras Instituciones	0	147	108	118	84	121	142	106	104	79	112
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)											
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)	85	76.36	74.43	74.86	80	79.17	78.02	79.6	86.49	87.07	80

Fuente. Datos SPME

En el cuadro anterior, se muestra el resultado mensual de los indicadores reportados en el SPME. En relación al tiempo de espera, el cual es el promedio del tiempo de espera para citas de primera vez de cada especialidad de las diferentes especialidades que se atienden en el Hospital, se logró un tiempo de 54 días, el cual está dentro del rango esperado.

En cuanto al porcentaje de cirugías canceladas este se considera bajo dentro de los estándares internacionales dado que es del 6% y el resultado del Hospital es del 4%, es importante mencionar que para la construcción del indicador se consideran las causas atribuibles a causas internas.

En cuanto a la meta del Tiempo de Espera para Cirugía Electiva, establecida por nuestro hospital es de 90 días, reportando en promedio a septiembre, un tiempo de 78 días, lo cual muestra un aumento poco significativo en relación al 2016 que fue de 70 días, pero ya se había logrado una disminución bastante importante con relación al 2015, que tuvo un promedio de 134 días y al 2014 que fue de 141 días, para esto se han desarrollado una serie de estrategias en Sala de Operaciones, mejorando la optimización de las salas de operaciones, aunque como se explicó antes, se tiene en este momento un déficit de salas de operaciones secundario a la falta de personal de apoyo, el cual se espera revertir en los primeros meses del 2018.

El porcentaje de infecciones hospitalarias muestra un resultado acorde a lo esperado. Es importante mencionar que para nuestro hospital, para obtener el resultado final del indicador, se han sumado las infecciones no solo de los servicios finales, sino también de las Unidades de Cuidados Intensivos. Para lograr impactar en este indicador en el Hospital, se realiza el monitoreo mensual a través de supervisiones y la identificación de las infecciones, así como el porcentaje de cumplimiento del apego en el lavado de manos.

En cuanto a las referencias y retornos, el dato reflejado muestra una mejora en relación a los datos del 2016, cabe aclarar que el dato presentado es el generado por Estadística, el cual difiere del dato interno de Emergencia, esto se debe se ha encontrado que aún existe sub registro de la

información, en los sistemas oficiales, pero se siguen realizando esfuerzos para contar con una mejor calidad de la información.

El porcentaje de abastecimiento de medicamentos es un indicador que tanto la meta como el resultado, están condicionada a la gestión ministerial y financiera, por lo que su cumplimiento no solo depende de la gestión del Hospital, pero que es necesario medir y evaluar mensualmente para realizar oportunamente las gestiones que sean necesarias; tal como se muestra en el cuadro indicadores generado del SPME, se puede identificar que la meta definida muestra un resultado en un 5% menor a lo esperado, ya que se ha tenido un nivel abastecimiento del 80% a la fecha y se tiene una meta de un abastecimiento del 85%.

Es importante mencionar que al interior del Hospital se realizan grandes esfuerzos para la construcción y monitoreo de las variables que permiten generar, tanto los indicadores requeridos en el SPME, como lo indicadores de gestión requeridos por el MINSAL, y que son de vital importancia para el Hospital, ya que permite realizar mensualmente una evaluación de los resultados y así poder establecer las medidas correctivas para retroalimentar y mejorar los procesos de gestión.

Resultados de Indicadores Establecidos por el MINSAL a Septiembre de 2017

N°	NOMBRE DEL INDICADOR	ESTÁNDAR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	Promedio
INDICADORES DE EMERGENCIA												
1	Razón de consultas de emergencia / consulta externa	0.1 - 0.2	0.16	0.14	0.13	0.17	0.12	0.13	0.13	0.14	0.13	0.14
2	Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)	Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs.	4.56	5.19	4.67	4.74	5.8	6.33	6.33	8.35	6.62	6.03
INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA												
3	Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.	2.0 - 4.0	4.28	3.59	3.86	4.37	4.04	3.24	3.21	3.36	2.95	3.48
4	Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa	21 - 28	20.70	21.12	21.13	21.88	21.35	20.17	21.19	21.59	20.68	20.99
5	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)	30 días o menos	38	38	50	46	51	56	53	80	65	56.00
6	Giro Cama Pediatría	7 - 13	4.00	3.65	4.22	3.63	3.99	4.2	4.2	3.8	3.91	3.94
7	Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría	85%	79.66%	81.05%	82.13%	75.58%	82.71%	82.67%	84.91%	84.71%	82.14%	81.83%
8	Promedio de días estancias Pediatría	2 - 4	10.8	7.80	7.45	7.27	6.94	6.89	6.7	8.29	7.7	7.75
9	Índice de sustitución de cama en Pediatría	0 - 1	1.6	1.45	1.31	2.02	1.34	1.24	1.11	1.25	1.37	1.40
10	Giro Cama Neonatología	7 - 13	1.4	1.22	1.19	1.50	1.53	1.63	1.19	1.84	1.03	1.30
11	Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología	85%	89.8%	91.18%	88.61%	85.10%	89.92%	82.29%	88.61%	89.92%	91.88%	89 %

N°	NOMBRE DEL INDICADOR	ESTÁNDAR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	Promedio
12	Promedio de días estancias Neonatología		16.3	28.36	31.11	24.5	25.27	21.96	28.55	23.05	22.15	23.98
13	Índice de sustitución de cama en Neonatología	0 - 1	2.2	2.03	2.97	2.98	2.04	3.27	2.97	1.69	2.36	2.47
INDICADORES DE HOSPITALIZACION												
14	Porcentaje de cirugías mayores realizadas	>60%	56%	54.98%	50.98%	46.44%	50.69%	54.80%	54.31%	46.95%	46.77%	50.22%
15	Porcentaje de cirugías mayores electivas	60%	61%	60.02%	55.93%	37.67%	51.26%	49.77%	47.55%	42.86%	59.11%	53.55%
16	Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias		23%	27.78%	24.64%	22.76%	27.87%	25.18%	28.72%	23.42%	23.28%	24.69%
17	Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano	4	3.6	3.55	3.34	2.84	3.19	2.76	3.03	2.50	3.43	3.21
18	Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano		10.8	11.82	13.68	15.33	14.39	14.30	15.94	14.32	11.07	12.91
19	Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas	5%	7%	7%	6%	5%	3%	2%	3%	3%	7%	5%
20	Porcentaje de quirófanos funcionando	100%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%
21	Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva	60	85	112	96	75	86	73	62	63	69	77
22	Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad		85	112	96	75	86	73	62	63	69	77
INDICADORES DE ABASTECIMIENTO												
23	Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.	80%	76%	74%	75%	79.89%	79.31%	78.16%	79.60%	86.49%	87.07%	81.39%
24	Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.(En los que corresponda)	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE												
25	Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos		3.2%	3.81%	3.59%	2.57%	2.63%	3.57%	3.33%	3.99%	3.20%	3.29%
26	Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico	3 - 7.5	0.4%	0.55%	0.46%	0.22%	0.37%	0.31%	0.48%	0.88%	0.42%	0.45%
INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS												
27	Tasa bruta de mortalidad		4.0%	2.7%	3.05%	4.31%	2.91%	3.83%	3.42%	4.87%	3.01%	3.4%
28	Tasa neta de mortalidad		3.0%	1.8%	2.20%	3.08%	2.35%	3.03%	2.25%	3.31%	2.04%	2.4%
29	Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte		0%	0%	0%	10%	0%	0%	14%	6%	0%	2.5%
30	Tasa de mortalidad por traumatismos		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0.0%
31	Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0.0%
32	Tasa de letalidad por neumonía		11%	9.8%	7%	11%	6%	7%	12%	8%	7%	8.3%

N°	NOMBRE DEL INDICADOR	ESTÁNDAR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	Promedio
33	Tasa de letalidad por diarrea		3%	4.0%	3.00%	16%	3%	4%	0%	10%	0%	3.6%
34	Tasa de letalidad por IRC		9%	0%	5%	5%	0%	10%	0%	0%	4%	3.8%
35	Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0.0%
36	Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	17%	5.7%

5. Identificación de Problemas y/o Necesidades

a. Problemas de Demanda (Problemas Sanitarios)

1	Solicitud de atención de pacientes pediátricos que no corresponden a la oferta de servicios del III nivel de atención. (Pacientes de I y II nivel de atención).
2	Sobredemanda de atención para las Unidades de Cuidados Intensivos.
3	Pacientes con patologías con tratamientos con elevado costo: Pacientes Hemofílicos, Cirugía Cardiovascular, Insuficiencia Renal, Oncológicos, Pacientes con Malformaciones Complejas, Neonatos Prematuros etc.
4	Aumento de pacientes de estancia prolongada: prematuros, tumores, quemaduras, malformaciones congénitas etc.
5	Pacientes con tratamientos permanentes: VIH, Diabéticos, trasplantados etc.
6	Pacientes con mayor requerimiento de Cuidados Paliativos.
7	Pacientes que requieren rehabilitación Crónica.
8	Sobredemanda de pacientes referidos de otros hospitales.
9	Incremento de la población mayor de 12 años que requieren una atención especializada en enfermedades no transmisibles crónicas y degenerativas.
10	Prevalencia de morbi-mortalidad debido a lesiones de causa externa secundarias a la violencia, quemaduras, mordeduras por animales y enfermedades crónicas y agudas emergentes.
11	Sobre demanda de servicios de apoyo y diagnósticos.
12	Un gran número de pacientes con Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (Brotos)

b. Problemas de Oferta (Gestión y de Inversión)

1	Presupuesto limitado para dar respuesta a los problemas sanitarios descritos anteriormente.
2	Especialidades con requerimiento de expansión y con infraestructura limitada (pocas áreas de expansión).
3	Cultura organización débil con evasión de responsabilidad, desinterés y desmotivación laboral en algún personal hospitalario.
4	Emergencia con limitadas áreas físicas de trabajo.
5	Limitado recurso humano de enfermería y anestesia.
6	Falta de actualización e implementación de guías de atención y/o protocolos de especialidades médicas.
7	Duplicidad en el llenado de formas administrativos.
9	Transporte de ambulancias insuficiente.
10	Poco interés del personal en la educación continua.
11	Trabajo por Funciones y no por Gestión por Procesos
13	Limitada capacidad resolutive frente a la creciente demanda de pacientes de más de 12 años con patologías crónicas que requieren atención.
14	Dificultad con proveedores en suministrar insumos requeridos.

Análisis FODA (Auto evaluación Institucional)

Análisis Interno	
FORTALEZAS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infraestructura adecuada. ▪ Recursos humanos profesionales, especializados y con capacidad técnica. ▪ Buen prestigio institucional en base a resultados. ▪ Reestructuración de la prestación de servicios de salud (RIISS). ▪ Actualización de Plataforma Documental Institucional ▪ Desarrollo de sistema de auditoria de morbimortalidad infantil institucional e interinstitucional. ▪ Desarrollo de jornadas medico quirúrgicas nacionales e internacionales. ▪ Alianzas Estratégicas para la prestación de servicios ▪ Amplia Oferta de Servicios especializados de tercer nivel. ▪ Modernización de Comunicaciones a Tecnología IP. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adquisición de equipamiento Biomédico de Alta Tecnología en UCIN, Quirófanos, Consulta Externa ▪ Sistematización del Proceso de Recolección, Procesamiento y Retroalimentación de la Información. ▪ Gestión continúa de la calidad, a través de la Unidad Organizativa de la Calidad. ▪ Mejor evidencia basada en información.
DEBILIDADES	
<p style="text-align: center;">INFRAESTRUCTURA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infraestructura vertical, que dificulta movilización. ▪ Insuficientes áreas de descanso, mobiliario y sanitarios para los padres de los pacientes en hospitalización. ▪ Parqueos insuficientes. ▪ Espacio físico insuficiente para la atención de ciertas áreas. ▪ No hay área adecuada para procedimientos en hospitalización. ▪ Falta de áreas de traslado y estancia para discapacitados. ▪ Deterioro de pintura exterior. ▪ No hay un área habilitada para alimentación del personal. <p style="text-align: center;">RECURSO HUMANO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cultura organización débil con evasión de responsabilidad. ▪ Desmotivación laboral en algunas áreas. ▪ Remuneración y función no acorde al nombramiento de personal en algunos recursos. ▪ Falta de integración de las dependencias para la integración de actividades para lograr los objetivos institucionales. ▪ Falta de actualización de normativas internas, ▪ Desconocimiento y deficiente aplicación de las normativas ▪ Gestión por Funciones y no por Procesos ▪ Recurso humano insuficiente en ciertas áreas. ▪ Requerimiento frecuente de personal para actividades externas a la institución. <p style="text-align: center;">INFORMACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficiente proceso de generación procesamiento, divulgación y análisis de información interna y externa. <p style="text-align: center;">ORGANIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor concentración de actividades por la mañana. ▪ Inadecuado seguimiento, control y evaluaciones de planes operativos. ▪ Deficiente proceso de comunicación institucional. 	<p style="text-align: center;">GESTION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de responsabilidad de algunas jefaturas para asumir sus funciones. ▪ Deficiente supervisión y control de las tareas en algunas áreas. ▪ Deficiencia en la toma de decisiones <p style="text-align: center;">DOCUMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se cuenta con manuales de procesos y procedimientos. ▪ Existen guías de atención y/o protocolos para especialidades pendientes de actualizar. <p style="text-align: center;">SEGUIMIENTO Y CONTROL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Débil monitoreo y evaluación de los procesos y de los resultados, a nivel operativo. ▪ Falta de continuidad en la elaboración y seguimiento de planes de mejora. <p style="text-align: center;">ENSEÑANZA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitada producción de investigación científica. ▪ Formación no basada en lineamientos institucionales. ▪ Pobre asistencia a actividades de capacitación. <p style="text-align: center;">EQUIPO / INSUMOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un porcentaje importante del equipo con obsolescencia. <p style="text-align: center;">FINANCIAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación presupuestaria limitada para el mantenimiento de los servicios de atención. • Pobre implementación a nivel operativo de acciones de ahorro institucional. • <p style="text-align: center;">ATENCION DIRECTA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiempos de espera prolongada para la consulta de primera vez en algunas especialidades. ▪ No hay farmacia nocturna. ▪ Sobredemanda de pacientes de otros niveles de atención. ▪ Estancia prolongada por aumento de pacientes

	<ul style="list-style-type: none"> crónicos: recién nacidos, malformaciones, traumas etc. Sobredemanda de pacientes críticos en relación a la oferta.
Análisis Externo	
OPORTUNIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> Convenios de Cooperación internacional e interinstitucional Sensibilidad Social de la población hacia la función del Hospital. La posibilidad de negociaciones de compra de servicios de tecnología avanzada en comodato. Desconcentración de pacientes mediante la RIISS. 	<ul style="list-style-type: none"> Apertura para realizar gestiones para financiamiento. Nuevas Jornadas internacionales. Fortalecimiento de especialidades con apoyo externo. Adquisición de equipos médicos a través de préstamos internacionales.
AMENAZAS	
<ul style="list-style-type: none"> Presupuesto que no responden a las necesidades reales. Contexto político variable. Señalamientos negativos a la institución de los medios de comunicación. Requerimientos legales de tratamientos medico quirúrgicos no acordes con el presupuesto institucional. Legislación burocrática y caduca. Recurso humano con actividades y/o funciones fuera del Hospital. Contexto de Violencia en el país. Deterioro ambiental. Dificultades de acceso y salidas de las instalaciones hospitalarias por ventas ambulantes, vehículos y otros. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de las atenciones por enfermedades crónicas en mayores de 12 años. Fenómenos naturales causantes de desastres. Epidemias. Enfermedades epidemiológicas y ocupacionales que afectan al personal institucional. Deficiente marco regulatorio para el funcionamiento eficiente de las instituciones de salud. Sobredemanda solicitudes de información del MINSAL y otras instituciones.

c. Priorización de Problemas

Para realizar la priorización, de los problemas se utilizó la revisión y discusión de los mismos considerando las variables de importancia, factibilidad y eficacia, valorando en una escala de 1 al 5, para extraer los puntajes, luego se agruparon según su puntuación en tres grupos:

- Prioridad 1 (Puntaje 18 a 20). ■
- Prioridad 2 (Puntaje 17 a 15). ■
- Prioridad 3 (Puntaje de 14 o Menor). ■

Los resultados permitieron obtener los problemas priorizados, de donde surgen las actividades de gestión.

Ordenamiento de Problemas por Orden de Priorización

N°	Problemas	Puntaje	Prioridad
1	Pobre análisis de información en algunos niveles.	19	1
2	Tiempos de espera prolongada para la consulta de primera vez en algunas especialidades.	19	1
4	Deficiente trabajo en equipo.	19	1
5	Débil monitoreo y evaluación de los procesos y de los resultados, a nivel operativo.	19	1

N°	Problemas	Puntaje	Prioridad
6	Existen pocas y/actualización de guías de atención y/o protocolos para especialidades.	19	1
7	No están estandarizados los manuales de procesos y procedimientos.	19	1
8	Inadecuado seguimiento, control y evaluaciones de planes operativos.	19	1
9	Deficiente supervisión y control de las tareas en algunas áreas.	19	1
10	Emergencia con limitadas áreas de trabajo.	19	1
11	Deficiente proceso de generación procesamiento, divulgación y análisis de información interna y externa.	19	1
12	Cultura organización débil con evasión de responsabilidad, desinterés y desmotivación laboral	18	1
13	Deficiencia de toma de decisiones basada en la evidencia a nivel operativa	18	1
14	Dificultad para asumir los roles de autoridad y responsabilidad de algunas jefaturas	18	1
15	Pobre toma de decisiones basada en la evidencia en algunos niveles.	18	1
16	Generación de información tardía.	18	1
17	Deficiente proceso de comunicación institucional.	18	1
18	Falta de integración de los procesos.	18	1
19	Control insuficiente en la aplicación de las guías de manejo clínico.	18	1
20	Falta de continuidad en la elaboración y seguimiento de planes de mejora.	18	1
21	Limitada producción de investigación científica.	18	1
22	Falta de actualización, desconocimiento y aplicación de las normativas vigente para los procesos de gestión.	18	1
24	Inadecuado Clima laboral en algunas áreas.	18	1
25	Falta de personal profesional, y técnico calificado en algunas áreas, y en los turnos	18	1
26	Relaciones laborales poco cordiales.	18	1

IV. Objetivos Generales del Plan Operativo Anual 2018

El Hospital de acuerdo a los lineamientos ministeriales y a fin de cumplir con sus funciones y lograr cumplir con la misión institucional, realiza anualmente el Plan y Programación Operativa, con el cual se pretende, lo siguiente:

Objetivo General:

Lograr el funcionamiento efectivo del Hospital, a través de un sistema de monitoreo y evaluación eficaz, sustentado en información oportuna y veraz, y regulado por los lineamientos institucionales y ministeriales, que permitan el cumplimiento de la programación operativa y el logro de la misión institucional.

Objetivos Específicos:

1. Realizar esfuerzos para la reducción de la morbimortalidad infantil.
2. Realizar estrategias y acciones que contribuyan a mejorar el desempeño hospitalario.
3. Continuar con el proceso de elaboración y actualización de la base documental
4. Fortalecer el proceso de mejora continua de la Calidad
5. Fortalecer el proceso de Planificación, monitoreo y evaluación institucional
6. Realizar acciones que permitan la prevención y mitigación de riesgos institucionales y que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente.

7. Fomentar el Desarrollo del Recurso Humano
8. Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información
9. Mejorar la Infraestructura Hospitalaria

V. Programación Operativa 2018

a. Metas de Producción

En la programación operativa se incluyen las metas clasificadas de acuerdo en: Metas de Consulta Ambulatoria, Metas de Hospitalización, Metas de Atenciones en Servicios de Medicina Crítica (Servicios con Camas No Censables), Metas de Cirugías, Metas de Servicios Diagnósticos y Tratamiento y Metas de los Servicios Generales.

Metas Definidas PAOI 2018

Después de revisar los resultados de la gestión a septiembre 2017, y realizar los análisis de los aspectos relevantes de la gestión del Hospital, se define en el siguiente cuadro la Programación-estimación de Metas 2018, de la cuales se realizará el monitoreo mensual, tanto en los Sistemas Internos como en el SPME y además la verificación del cumplimiento de la Meta de los servicios finales (Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia), se incluirán en el PAOI de actividades 2018.

Servicios Finales	Meta Programa da 2018	Servicios Finales	Meta Programa da 2018
Consulta Externa Médica		Cirugía Neonatal	768
Sub Especialidades Médicas		Cirugía Oncológica	384
Alergología / Inmunología	9,024	Cirugía Plástica	5,568
Cardiología	8,160	Neurocirugía	3,552
CENID	3,840	Nutriología	960
Dermatología	5,952	Oftalmología	13,152
Endocrinología	10,176	Ortopedia	6,912
Gastroenterología	4,608	Otorrinolaringología	11,328
Fisiatría	1,680	Urología	7,488
Hematología	7,680	Consulta Externa Odontológica	
Infectología	768	Odontológica de primera vez	3,036
Nefrología	4,656	Odontológica subsecuente	9,108
Neumología	10,560	Otras Atenciones Consulta Externa Médica	
Neurología	11,136	Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	5,170
Oncología	9,600	Nutrición	4,608
Pediatría General	22,080	Psicología	4,704
Psiquiatría	8,448	Emergencias	
Reumatología	2,880	De Cirugía	
Sub especialidades Quirúrgicas		Cirugía General	11,919
Anestesiología / Algología	1,920	De Pediatría	
Cirugía Cardiovascular	480	Pediatría Gral.	11,244
Cirugía General	6,528	Egresos Hospitalarios	
Cirugía Maxilofacial	1,152		

Servicios Finales	Meta Programa da 2018	Servicios Finales	Meta Programa da 2018
Sub Especialidades de Pediatría		Emergencia	8,313
Hematología Pediátrica	825	Referido / Otros	10
Infectología Pediátrica	1,455	Bacteriología	
Medicina Interna Pediátrica	742	Consulta Externa	5,922
Nefrología Pediátrica	257	Hospitalización	31,896
Neonatología	544	Emergencia	12,897
Oncología Pediátrica	1,551	Referido / Otros	10
Sub Especialidades de Cirugía		Parasitología	
Cirugía Pediátrica	2,082	Consulta Externa	661
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	838	Hospitalización	2,339
Neurocirugía Pediátrica	1,085	Emergencia	1,726
Oftalmología Pediátrica	800	Referido / Otros	10
Otorrinolaringología Pediátrica	684	Bioquímica	
Ortopedia / Traumatología		Consulta Externa	88,629
Otros Egresos		Hospitalización	262,582
Servicios por Contrato	1,059	Emergencia	73,032
Cirugía Mayor		Referido / Otros	10
Electivas para Hospitalización	2,276	Banco de Sangre	
Electivas Ambulatorias	1,655	Consulta Externa	48,719
De Emergencia para Hospitalización	2,888	Hospitalización	75,089
De Emergencia Ambulatoria	411	Emergencia	9,601
Medicina Crítica		Referido / Otros	10
Unidad de Emergencia		Urianálisis	
Admisiones	12,267	Consulta Externa	8,273
Transferencias	12,267	Hospitalización	6,371
Unidad de Máxima Urgencia		Emergencia	5,592
Admisiones	1,555	Referido / Otros	10
Transferencias	1,555	Imagenología	
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios		Radiografías	57,665
Admisiones	1,441	Ultrasonografías	8,596
Transferencias	1,441	Tomografía Axial Computarizada	4,258
		Resonancias Magnéticas Nucleares	1,077
Servicios Intermedios	Meta Programa da 2018	Anatomía Patológica	
		Biopsias Otras partes del cuerpo	3,153
Diagnostico		Otros Procedimientos Diagnósticos	
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre		Ecocardiogramas	2,898
Hematología		Electrocardiogramas	3,024
Consulta Externa	76,683	Electroencefalogramas	3,024
Hospitalización	100,684	Tratamiento y Rehabilitación	
Emergencia	41,634	Cirugía Menor	5,249
Referido / Otros	10	Diálisis Peritoneal	4,354
Inmunología		Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	25,364
Consulta Externa	16,896	Hemodiálisis	3,346
Hospitalización	16,797	Receta Dispensada de Consulta	114,990

Servicios Finales	Meta Programa da 2018
Ambulatoria	
Recetas Dispensadas de Hospitalización	265,500
Terapias Respiratorias	13,536
Trabajo Social	
Casos Atendidos	48,836
Servicios Generales	Meta Programa da 2018
Mantenimiento Preventivo	
Números de Orden	2,043
Transporte	
Kilómetros Recorridos	57,120

VI. Programación de Actividades 2018

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil																
1.1.	Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional																
1.1.1	80%	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	Informes de Auditoria de Mortalidad	Jefe de Servicios de Hospitalización en coordinación con el apoyo del Comité de Mortalidad	80%			80%			80%			80%			Que no se encuentre la evidencia documental en el Expediente Clínico.
1.1.2	70%	% de adherencia de lavado de manos	Registros del Comité de IASS	Jefes de Servicio con el apoyo del Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria	70%			70%			70%			70%			Falta de insumos y personal o incremento de actividades emergentes del personal responsable
1.1.3	4	N° de Informes de monitoreo	Registros de Informe en Actas de Sala de Situacional (Registro de Presentación de Informe	Divisiones Médica y División de Enfermería	1			1			1			1			Actividades Emergentes

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
1.1.4	100%	% de cumplimiento de la programación de atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia	Registros de programación y Producción	Coordinador del Centro de Radioterapia													Que el Centro Nacional de Radioterapia funcione al 100%
1.1.5.	2	N° de Trasplantes realizados	Registros Estadísticos de Producción	Depto. de Nefrología con el Apoyo de División Médica y Quirúrgica													
2	Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario																
2.1	Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional																
2.1.1	85%	% de cumplimiento de la Meta	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Departamentos de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Jefes de Especialidades	85%			85%			85%			85%			Inasistencia de pacientes y ausencias de personal de salud
2.1.2	85%	% de cumplimiento de la Meta	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Servicios de Hospitalización	85%			85%			85%			85%			Que no se incrementen estancias, por IAAS, complicaciones, etc.
2.2	Resultado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial																

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
2.2.1.	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Especialidades Médicas	50	Tiempo de Espera en Días	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefe de Depto. de Consulta Externa Médica	50			50			50			50			Adecuada Selección de pacientes Evitar consultas subsecuentes innecesarias
2.2.2	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta Especializada de Cirugía	50	Tiempo de Espera en Días Hábiles	Informe de Tiempo de Espera	Jefe de Depto. de Consulta Externa Quirúrgica	50			50			50			50			Adecuada Selección de pacientes Evitar consultas subsecuentes innecesarias
2.2.3	Reducir los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva	90	Tiempo de Espera en Días Hábiles	Informe de Tiempo de Espera	Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Con Ext. Qx, Jefes de Especialidades	90			90			90			90			Adecuada Selección de pacientes Horas Quirófanos disponibles Personal de Enfermería y Anestesia adecuado a las necesidades
2.2.4.	Cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	10	% de Supervisiones realizadas	Informes de Resultados de Supervisiones realizadas	Equipo de Supervisión Institucional	2			3			3			2			Actividades Emergentes
2.3	Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios																	
2.3.1	Realizar el Monitoreo del índice de uso de los Servicios de Laboratorio, Radiología y Farmacia	4	Informes de Resultados por Servicio Final	Reportes de Producción final y Distribuida	Jefe de División Diagnóstico	1			1			1			1			Falta de oportunidad en la generación de información
2.3.2	Realizar el monitoreo del índice de uso de Alimentación, Fórmulas, Lavandería, Mantenimiento y Transporte	4	Nº de Informes Presentados	Reportes de Producción final y Distribuida	Jefe de División Administrativa	1			1			1			1			Falta de oportunidad en la generación de información

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
2.3.3	12	N° de Informes	Informe de monitoreo Presentados	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de Farmacoterapia y Farmacia	3			3			3			3			Falta de oportunidad y control en el proceso de generación de información
2.3.4.	4	N° de Informes de Resultados del Monitoreo del Ahorro	Informe Presentado	Unidad Financiera Institucional	1			1			1			1			Falta de oportunidad en la generación de información
2.3.5	3	Informes de Monitoreo y Evaluación del Plan de Uso Racional de Antibióticos	Informes	Comité Farmacoterapia				1			1			1			Incremento justificado en demanda
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional																
3.1	Resultado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional																
3.1.1	2	N° de Informes de Resultados	Registros del Depto. de Capacitación	UDP				1						1			Participación activa de todas las jefaturas
3.1.2.	4	N° de Informes de Avances de las Fases	Informes presentados	Unidad de Planificación y UOC	1			1			1			1			Participación activa de las unidades operativas Estamos supeditados a modelo de Casa Presidencial

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
3.1.3.	Implementar Guías Terapéuticas	1	Informe de implementación	Guías Clínicas Elaboradas	Jefes de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica				1									Falta de programación de tiempo para el proceso
4	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad																	
4.1	Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad																	
4.1.1	Evaluación de la Satisfacción de Atención de los pacientes	1	Informes con Resultados de la Evaluación	Informes de Evaluación de la Calidad de Atención Asistencial	Jefe de la UOC apoyado por los Jefes de División Médica, Quirúrgica, Enfermería y Comité de Auditoría del Desempeño Médico									1				Conformación de Equipo de Auditoría de la Calidad de Atención Asistencial
4.1.2.	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	4	Informes de Resultados de los estándares	Informes y Presentación	Unidad Organizativa de la Calidad con el Apoyo de la UEES y Divisiones Médica, Quirúrgica y de Enfermería	1			1					1			1	Falta de Oportunidad en la entrega de Información
4.1.3	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	1	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	Informe de Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Dirección con el apoyo y coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad	1												Trabajos y/o actividades Emergentes

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
4.1.4	Fortalecer la investigación institucional con enfoque a los problemas sanitarios hospitalarios	5	Numero de Estudios de Investigación realizados	Documentos entregados	UDP										5			La falta de programación de la disponibilidad del tiempo
4.1.5	Monitoreo de funcionamiento de los Comités	4	N° de Informes de Monitoreo	Informes Presentados por los Comités a la UOC	UOC con apoyo de Dirección	1			1			1			1			Falta de Oportunidad en la entrega de Información
4.1.6	Identificar las necesidades de recursos de infraestructura y equipamiento esencial para la atención especializada de personas afectadas por violencia en todas sus formas	1	Informe del proceso de Identificación de necesidades	Informes presentados	Departamento de Pediatría Social con el Apoyo de la Unidad de Planificación					1			1					Trabajos y/o actividades Emergentes
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional																	
5.1	Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias																	
5.1.1	Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional	4	N° de Monitoreos	Informes de Respaldo en los Sistemas y Evidencia documental	Dirección en Coordinación de la Unidad de Planificación	1			1			1			1			Contar con información adecuada y oportuna
5.1.2.	Monitoreo del cumplimiento de evaluación de Planes Anuales Operativos Específicos de las dependencias del Hospital	100%	% de Dependencias que cumplieron	Informe de Control de entregas	Jefes de División en coordinación con la Unidad de Planificación	100%			100%			100%			100%			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas	
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%		
5.1.3.	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	12	N° de Informes de Indicadores	Informes mensual enviados al MINSAL	Unidad de EESIS y la Unidad de Planificación en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	3			3			3			3			Falta de Oportunidad en la entrega de Información
5.14.	Evaluación de la gestión de los Servicios Asistenciales en la Sala Situacional	8	N° Evaluaciones realizadas	Actas de reunión	Jefes de UEEIS y Jefaturas de División y Servicios	2			2			2			2			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
5.1.6.	Evaluación de los resultados del Sistema PERC	4	N° de Evaluaciones	Resultados del Sistema y Acta de Reunión de Evaluación	Equipo de Trabajo de Costeo	1			1			1			1			Actividades Emergentes
6	Objetivo: Realizar acciones que permitan la Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales y que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente																	
6.1.	Resultado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente																	
6.1.1	Presentación de Informe de cumplimiento de Valoración de Riesgos	100%	% de Dependencias que cuentan con la Valoración de Riesgo	Informe Consolidado de Cumplimiento	Jefes de División y Departamento en coordinación con la Unidad de Planificación	100%												Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
6.1.2.	Realización de Simulacro de Emergencia	2	Informe de Simulacro Realizados	Informe del Simulacro	UOC a través del Comité de Emergencia y Desastres				1			1						Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano																	

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas	
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%		
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano																	
7.1.1.	Rediseñar e Implementar el Plan de Desarrollo del Recurso Humano	3	Informes de Resultados	Cumplimiento de la Programación de Implementación del Plan	Departamento de Recursos Humanos				1			1			1			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
7.1.2.	Elaborar el Diagnóstico de Carga Laboral para el personal médico y enfermería	1	Informe de Resultados del Diagnóstico	Respaldo Documental del Diagnóstico	Departamento de Recursos Humanos							1						Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
7.1.3.	Curso de Formación Gerencial	1	Curso gerencial realizado	Programación de capacitaciones Listas de Asistencia	UDP, Planificación, UOC				1									Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
8	Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información																	
8.1.	Resultado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa																	
8.2	Monitoreo de la generación de la Información Estadística	4	% de Dependencias que Cumplen oportunamente CON la Información	Informes de Control Estadísticos	Unidad de EEIS	1			1			1			1			

VII. Programación de Resultados Esperados de los Indicadores 2018

En la tabla adjunta se establecen las metas para los indicadores definidos en el SPME, los cuales se han establecido considerando la realidad del Hospital.

Indicadores de Gestión de Actividades Hospitalarias	Meta Programada 2018
Tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada (días)	
Pediatría	50
Cirugía electiva	
Porcentaje de Cirugías electivas canceladas	6
Tiempo promedio de espera para cirugía electiva (Días)	90
Porcentaje de infecciones nosocomiales	
Porcentaje infecciones intrahospitalarias	4
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)	
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)	85

Fuente: SPME

Es importante mencionar que además de los indicadores registrados en el SPME, en el Hospital también se está trabajando para dar seguimiento a los indicadores de gestión establecidos por el Ministerio de Salud, los cuales incluyen indicadores: de Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización, de la Actividad Quirúrgica, abastecimiento, Seguridad del Paciente, e Indicadores Epidemiológicos, así como los indicadores de resultados en RIIS, atribuibles al Hospital.

VIII. Posibles Obstáculos para alcanzar las Metas Esperadas

De acuerdo a lo definido en el presente documento, se espera cumplir con lo programado, de tal manera que se logren los objetivos propuestos, para avanzar en el proceso de mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios, y avanzar en el proceso de calificación y certificación del nivel atención en beneficio de los usuarios.

No obstante, es importante mencionar que dado los diversos factores condicionantes definidos, también existen otras variables que pueden afectar el cumplimiento de lo programado, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes: Situaciones emergentes, Reducciones de labores, requerimientos adicionales a los establecidos ordinariamente en la gestión (Informes, implementación de programas no previstos entre otros), limitaciones por instrucciones Legales, limitaciones Presupuestarias y financieras, exceso en la Demanda y limitaciones de Personal.