



MINISTERIO  
DE SALUD

# **Ministerio de Salud**

## **Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom**

### **PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2021**



**Fecha de Aprobación en el HNNBB: 05 de enero de 2021**

**Fecha de aprobación del Ministerio de Salud: 18 de Enero de 2021**

## **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](http://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](http://www.hospitalbloom.gob.sv)

Plan Anual Operativo 2021

Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”

San Salvador, El Salvador, C.A.

## AUTORIDADES



**Dr. Carmen Guadalupe Melara de García**  
**Coordinadora Nacional de Hospitales**  
**Ministerio de Salud**

## DATOS GENERALES DEL HOSPITAL

<b>Nombre del Hospital:</b>	Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom"
<b>Dirección:</b>	27 calle Poniente entre Final 25 Avenida Norte y Boulevard de Los Héroes, San Salvador.
<b>Teléfono:</b>	Dirección.: 2133-3222 Conmutador: 2225-4114 y 2133-3100
<b>Fax:</b>	2133-3223
<b>E-mail:</b>	direccion.hnbb@hospitalbloom.gob.sv planificacion@hospitalbloom.gob.sv
<b>Nombre del Director:</b>	Dr. Angel Ernesto Alvarado
<b>Nombre del Sub Director:</b>	Dr. Werner Heriberto Rosales

# INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
I. Introducción	6
II. Características de Organización y Funcionamiento	6
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	14
a. Tendencias de la Producción Primaria	14
b. Análisis de Morbilidad y Mortalidad	16
c. Enfermedades Transmisibles	22
d. Zoonosis	22
e. Enfermedades Crónicas No Transmisibles	22
f. Lesiones de Causa Externa	23
g. Tiempos de Espera	23
2. Análisis de la Oferta de Salud	26
A. Capacidad Instalada	26
B. Análisis de Capacidad Residual	28
C. Recursos Humanos	29
D. Equipamiento de los Servicios	33
E. Condiciones de la Planta Física e Infraestructura	33
F. Sistemas Informáticos y Comunicaciones	36
G. Camas Hospitalarias	38
H. Oferta de Servicios	41

I. Situación Financiera	41
J. Gestión de la Calidad	43
3. Análisis del Cumplimiento de Metas y PAOI 2020	44
4. Análisis de Resultados de los Indicadores 2020	49
5. Identificación de Problemas y/o Necesidades	49
a. Problemas de Demanda (Problemas Sanitarios)	49
b. Problemas de Oferta	49
c. Problemas de Gestión	50
d. Análisis FODA	50
e. Priorización de Problemas	56
IV. Objetivos Generales del Plan Anual Operativo 2020	61
V. Valoración de Riesgos	61
VI. Programación Operativa 2020	70
VII. Programación de Actividades 2020	75
VIII. Programación de Resultados Esperados de los Indicadores 2020	87
IX. Posibles Obstáculos para alcanzar las Metas Esperadas	87

## I. Introducción

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, cumpliendo con las disposiciones legales y normativas emanadas del Ministerio de Salud y apegados al Plan de Desarrollo del Gobierno: Plan Cuscatlán, Lineamientos para la elaboración del POAI 2021, Plan Estratégico Institucional 2009-2014 prorrogado hasta al 2019, y atendiendo las instrucciones y recomendaciones de la Dirección Nacional de Hospitales y Dirección de Planificación del Ministerio de Salud, realiza y presenta su Plan Operativo Anual Institucional 2021 (POAI 2021).

El PAOI 2021, es un documento de gestión administrativa de corto plazo, una herramienta que permite concretar y facilitar la implementación de las propuestas contenidas en los planes estratégicos y es importante para la gestión, porque permite y facilita la ejecución del plan, el seguimiento al cumplimiento de las actividades, la administración eficaz de los recursos y la adecuada ejecución del presupuesto.

El POAI es producto del análisis de un trabajo de equipo que involucra al nivel gerencial de cada Unidad Organizativa, en el cual se consolidan las actividades prioritarias de la institución, y que permite definir los resultados esperados y establecer las acciones para 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 el Plan Cuscatlán, y que da respuesta a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

En la formulación se ha considerado orientar el proceso para el mejoramiento de la gestión a través del planteamiento de actividades, considerando la política presupuestaria y la evaluación de la calidad de los servicios, los aspectos relacionados a la agenda de desarrollo sostenible, el cumplimiento de la Ley del Medio Ambiente, de tal manera que se puedan alcanzar los resultados esperados, que aunque representan retos institucionales, están adaptados a nuestra realidad hospitalaria, para que a través de evaluaciones posteriores y posibles reajustes y/o reprogramaciones se logre realizar las actividades operativas y cumplir con los objetivos trazados.

Cabe destacar que la elaboración de este documento no hubiese sido posible, sin el apoyo de las autoridades y su Consejo Estratégico de Gestión, así como por la respuesta y colaboración de las dependencias, quienes a pesar de la situación de Pandemia que afectado el funcionamiento normal del Hospital, con entusiasmo y participación activa han proporcionado los insumos, información, análisis y recomendaciones en el proceso de elaboración del documento.

## II. Características de Organización y Funcionamiento <sup>1</sup>

### 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. Contar con una organización moderna 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.
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 que garantice la satisfacción del usuario.
5. 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.
6. Lograr la eficiencia institucional a través del ordenamiento lógico de los procesos que nos permitan optimizar los recursos y mejorar la calidad de atención.
7. 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.
8. Colaborar para fortalecer el trabajo en RISS y la intersectorialidad con todas las organizaciones que intervienen en la prestación de los servicios de salud.
9. 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.

---

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

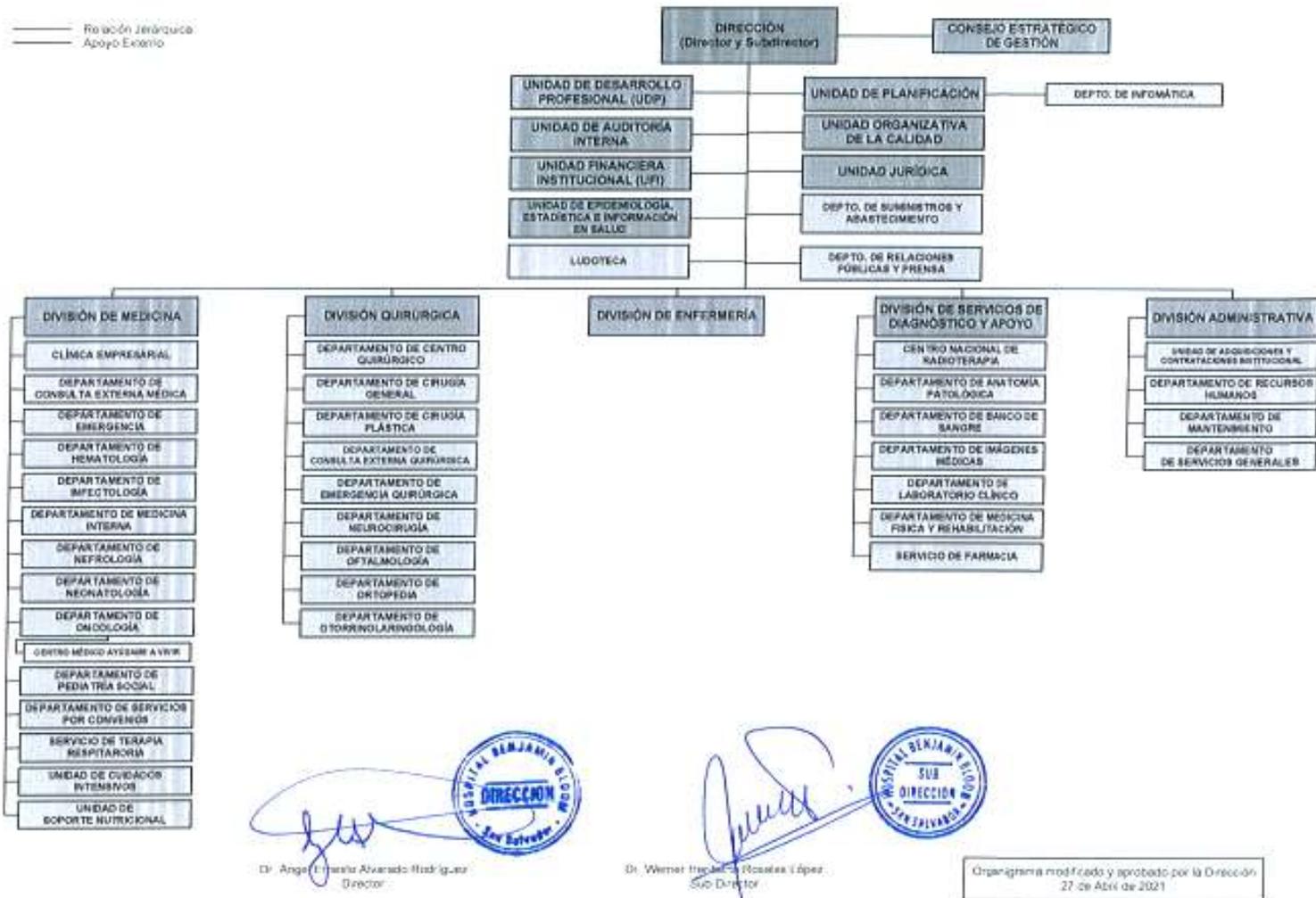
#### **4. Estructura Organizativa - Organigrama.**

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, 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 General 2021



### **III. Diagnóstico Situacional**

#### **1. Análisis de la Demanda de Salud**

##### **A. Características de la Población**

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es un hospital especializado del 3er nivel de atención, en cuyo perfil epidemiológico al revisar las causas de morbilidad, se puede identificar la alta demanda de atención de patologías quirúrgicas, sin embargo, la oferta de servicios se concentra en atenciones médicas distribuidas en Medicina Interna (En este servicio se atienden las especialidades de Cardiología, Neurología, Endocrinología, Reumatología, Gastroenterología, y Neumología), Oncología, Hematología, Nefrología, Infectología y Neonatología. La oferta para la atención quirúrgica incluye 6 servicios de especialidades quirúrgicas: Cirugías de las General Ortopedia, Neurocirugía, Cirugía Plástica y reconstructiva, Otorrinolaringología, Oftalmología. La demanda de pacientes de otras especialidades quirúrgicas (Urología, Cirugía Neonatal, Cirugía Oncológica, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Mínima Invasiva, Cirugía Maxilofacial, Cirugía de Tórax), son realizadas y atendidas por Cirugía, pero su ingreso es realizado en Cirugía General y otros servicios de la especialidades quirúrgicas o médicas.

Las atenciones en salud, se han ido reorientando, debido a la transición epidemiológica y demográfica, que el país está experimentando, y que impacta en un segmento importante de la población concentrada en el segmento de 10 a 18 años de edad, lo que implica el incremento en la atención de patologías de tipo crónica no transmisibles, que en el pasado eran más frecuentes en población arriba de los 45 años.

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 de la desnutrición, aparece ahora un rápido crecimiento del sobrepeso, la obesidad y diversas enfermedades crónicas asociadas a ella, lo que representa una doble carga para los sistemas de salud y la economía del país.

A nivel de la región centroamericana, el Hospital Benjamín Bloom, es reconocido como un centro de excelencia en la atención pediátrica especializada, situación que promueve migración de población usuaria de los servicios de salud de países centroamericanos, que son referidos a nuestro hospital, entre los cuales se identifica a Honduras, Guatemala, Nicaragua.

Es importante considerar que el Hospital no cuenta con una población fija de adscripción, hospital, ya que por ser el único Hospital pediátrico de Referencia Nacional, está destinado a atender toda la población del país, lo cual al evaluar el volumen los resultados denotan que la población atendida en emergencia, Hospitalización y consulta externa, sobrepasa la capacidad instalada, especialmente en cierta época del año, de ahí la importancia de realizar una adecuada referencia de pacientes, y sobre todo la coordinación con los establecimientos de salud del 1er y 2do nivel de atención, de modo que sean prioridad a aquellos pacientes con diagnósticos complejos.

Al revisar los datos de la población atendida, se puede evidenciar que la población atendida 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.

Los resultados del año 2020, son atípicos debido a la Pandemia Covid-19, por lo que a fin de analizar los resultados de las atenciones ambulatorias, se ha hecho una relación con el año 2019, como se muestra en el cuadro siguiente:

Consultas Ambulatorias													
	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
<b>2019</b>	17,785	16,536	17,210	14,227	16,753	15,894	18,079	14,753	16,511	17,893	17,269	12,935	195,845
<b>2020</b>	17,616	17,386	10,432	2,573	2,261	2,649	3,105	3,272	4,502	8,841	n/d	n/d	73,594

Los resultados muestran que normalmente de los pacientes atendidos un aproximado del 38% son paciente que consultan por primera vez en el hospital, es decir fueron nuevos pacientes a los que se le apertura expediente.

La caracterización del Hospital se ha realizado considerando la población atendida, de acuerdo a su edad, sexo y procedencia y las dos áreas que son punto de entrada en la atención como son: Consulta Externa y Emergencia.

La revisar las atenciones por edad se evidencia que el 36% de las atenciones son realizadas a menores de 5 años, es decir es la morbilidad infantil y en segundo lugar la edad de 5 a 9 años que representan el 34%, para realizar una mejor caracterización de las atenciones debe revisarse la morbilidad y así determinar que es lo que está afectando a la población infantil y así poder establecer las acciones y estrategias que permitan prevenir y realizar con mejor calidad los servicios de salud a los niños menores de 10 años (63%), ya que es donde está concentrada la mayoría atención, habrá que diferenciar las patologías de III nivel de atención; ya que las patologías en estos grupos etarios, se correlacionan con la mayor frecuencia de consulta de las mismas.

Al revisar la atención por sexo, se evidencia que tanto en la Emergencia como en la Consulta Externa, las atenciones al sexo masculino es un poco mayor que el sexo femenino en un promedio del 55% en consulta externa y un 57% en emergencia, es decir que las atenciones al sexo masculino representa un poco más del 56% de las atenciones.

Por la ubicación geográfica del hospital, se evidencia que la mayoría proviene del área urbana, a Consulta Externa un 71%, y a Emergencia un 72%. Del área rural solo se atendió un 29% en la Consulta Externa y un 28% en Emergencia, estos datos deberán revisarse a fin de evaluar si responden al funcionamiento de la RISS y a la demanda de la población; por lo que a efecto de poder completar el análisis se revisó la distribución por departamento de procedencia

Al revisar la procedencia de los pacientes se verifico que en la Consulta Externa, el 39% de los pacientes atendidos provienen del Departamento de San Salvador, el 11 % de la Libertad, y 7% de la Paz, una de las razones es por la cercanía, le siguen Sonsonate, Cuscatlán y Santa Ana con un 6%, 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 otros países como: Honduras, Guatemala Nicaragua y Panama, de estos podemos evidenciar que los que más reciben atención son pacientes que vienen de Honduras.

Es importante mencionar que si bien es cierto, 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 en edades de 0 a 18 años de edad. Esto último tiene que ser objeto de un estudio más profundo y de largo alcance, porque si se analiza 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.

Cabe destacar que se bien es cierto, 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.

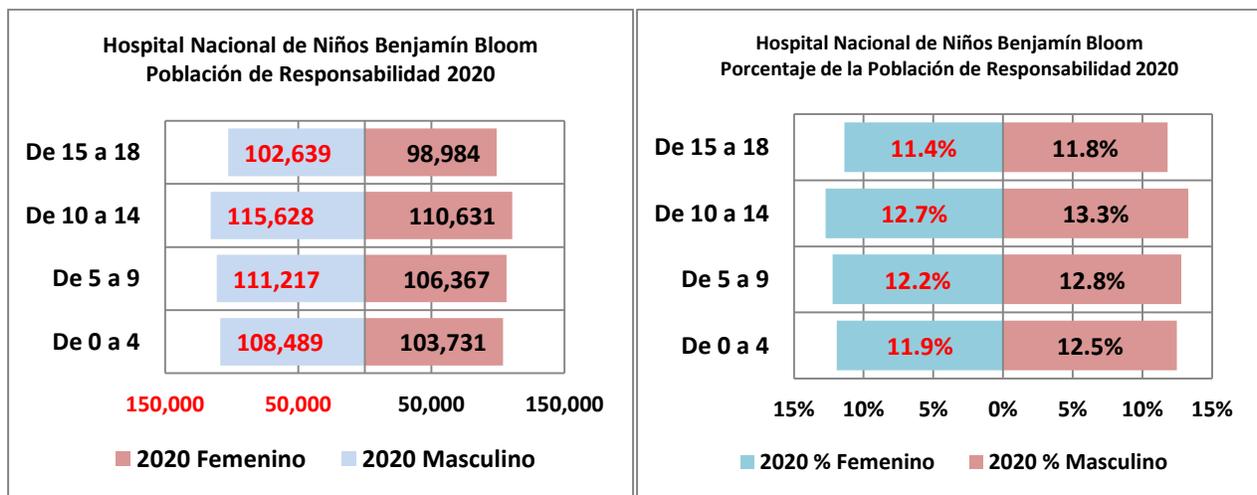
**a) Estructura y Pirámide Poblacional**

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**

La población de responsabilidad se ha establecido tomando en cuenta el artículo 3 de la LEPINA y lineamientos de categorización de Hospitales (página 13), por lo que el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, presta atención de la población de cero a doce años y a los pacientes con enfermedades crónicas conforme a los programas asistenciales de algunas sub especialidades se incluyen en la atención a los pacientes, hasta los 18 años de edad.

**Población de Responsabilidad 2020**



Fuente: Unidad de Planificación del HNNBB, Datos Reportados al SPME

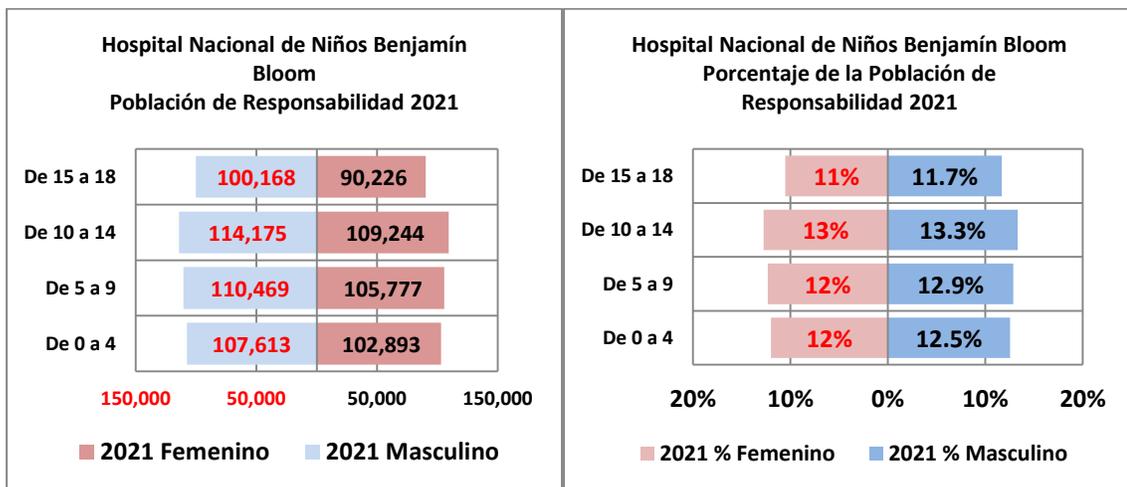
En el 2020, la población que se estableció como población de responsabilidad del HNNBB fue de 857,686 de los cuales tal como se muestra en la gráfica, el 51.1 % es masculino y el 48.9 % femenino, en este punto es conveniente recordar que el HNNBB, es un Hospital de Referencia Nacional y por tal motivo se realiza un cálculo basado en la población hasta los 18 años.

- **Población de Responsabilidad Esperada para el 2021.**

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

1. Se toman de base para el cálculo, 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 de cada año por edad.
2. Se toma el Total de personas en el rango de 0 a 18 años de país. Se agrupan los datos del país, en femenino y masculino, por rango de edad y el total de país.
3. De este total, se realiza una distribución en dos grandes bloques: personas de San Salvador y personas del resto de departamentos del país. (Según un estudio previo, el 70% de las consultas de pacientes en el hospital provienen de San Salvador y el 30% del resto del país). A partir de este dato, se toma el 70% de la población con procedencia San Salvador y el 30% de la población del resto de departamentos y luego se suman ambas cifras, considerando este resultado, como la población de responsabilidad esperada del hospital.
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.

La población esperada para el 2020 se muestra en el cuadro siguiente:



Fuente: Unidad de Planificación del HNNBB

Como se evidencia en la gráfica la población esperada para el 2021 es de 840,565, de las cuales se estima que 419,713 niñas lo cual representa el 48.6% y 419,713 niños que represente el 51.4%.

En términos generales al comparar el porcentaje de población del 2020 en relación al 2021 el porcentaje de población casi es el mismo, pero en los rangos de edad se pueden evidenciar variaciones, que aunque son mínimas, es necesario revisar a fin de realizar una evaluación objetiva de la categorización de la población blanco del Hospital.

## B. Situación de Salud

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

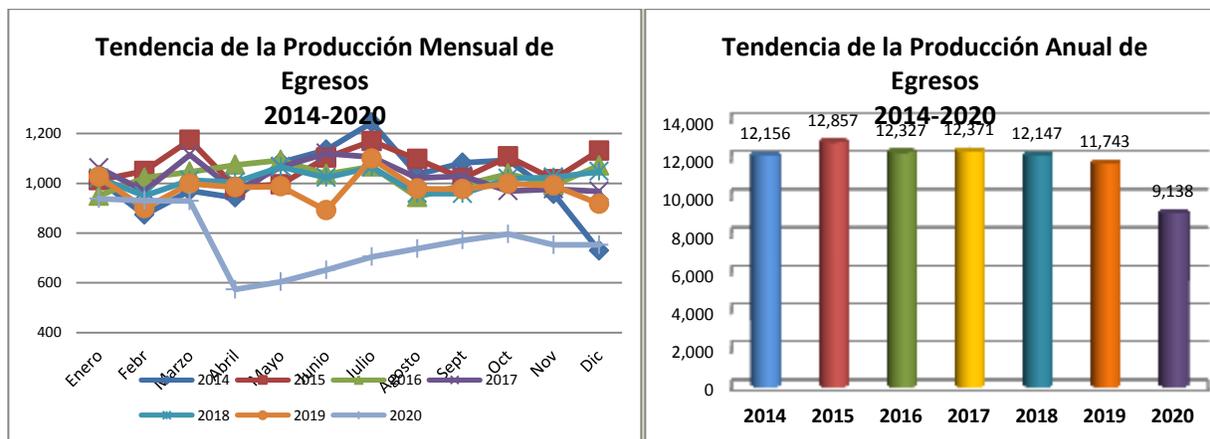
#### Tendencia de la Producción de Egresos

Tendencia de Producción de Egresos Anual 2014 - 2019													
	Enero	Febr	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
<b>2014</b>	1,013	873	970	942	1,084	1,134	1,244	1,035	1,082	1,093	957	729	12,156
<b>2015</b>	1,012	1,049	1,174	984	995	1,103	1,169	1,097	1,020	1,107	1,016	1,131	12,857
<b>2016</b>	949	1,022	1046	1,074	1,093	1,037	1,067	944	993	1,038	993	1,071	12,327
<b>2017</b>	1,062	969	1,115	969	1,066	1,120	1,106	1,021	1,029	969	977	968	12,371
<b>2018</b>	1,021	949	1,012	1,004	1,066	1,023	1,065	959	958	1,019	1,024	1,047	12,147
<b>2019</b>	1,026	899	998	984	987	891	1,098	978	976	998	991	917	11,743
<b>2020</b>	938	931	929	573	604	651	704	737	771	796	752	752	9,138

**Nota:** Dado a que aún no se cuenta con el dato estadístico oficial de producción, Noviembre y Diciembre del 2020, se ha proyectado la producción de estos meses en función del promedio de julio a octubre de 2020

La tendencia en la producción mensual de egresos hospitalarios del 2014 al 2019, muestra un dato promedio de 12,266 egresos, y del 2014-2020 un promedio de 11,819, esta baja es el impacto de la Pandemia Covid-19. Como se evidencia desde el 2017 hay una tendencia a la disminución en la producción de egresos, lo cual es normal porque responde a la disminución de camas censables que se ha venido realizando, y al incremento en las estancias por la atención de pacientes con patologías crónicas y/o complejas. Al revisar la producción mensual, se observa que se dan algunas variaciones ciclicas, las cuales se pueden presentar considerando las condiciones, medio ambientales o epidemiológicas del momento.

En relación a la tendencia de los datos presentados del 2020, la producción muestra claramente el impacto de la Pandemia Covid-19, pues se dio una clara disminución a partir del mes de abril y un leve incremento a partir del mes de septiembre, que fue cuando se reaperturó gradualmente la atención, sin embargo, el impacto es visible en una baja de un 22.2% de en relación a los egresos generados en el 2019.



## 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 las unidades de Emergencia y las Consultas realizadas por las diferentes especialidades de la Consulta Externa desde el 2014 al 2020

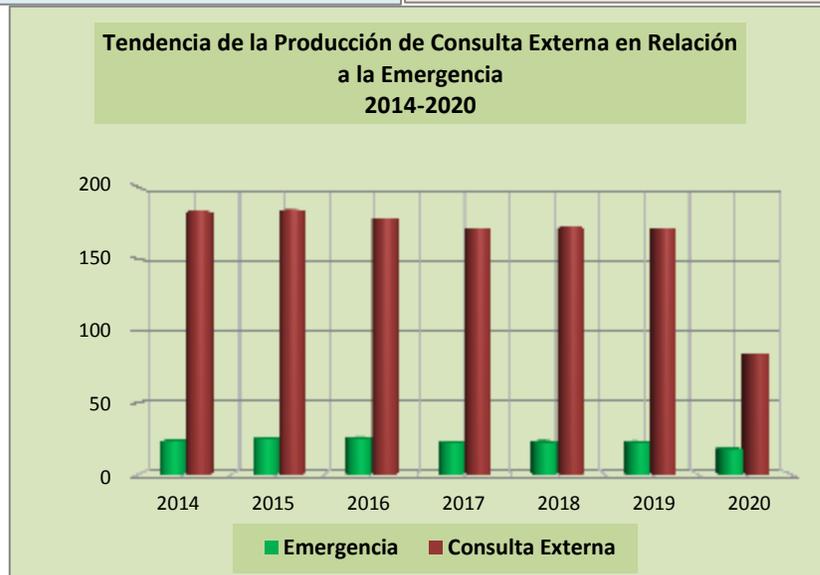
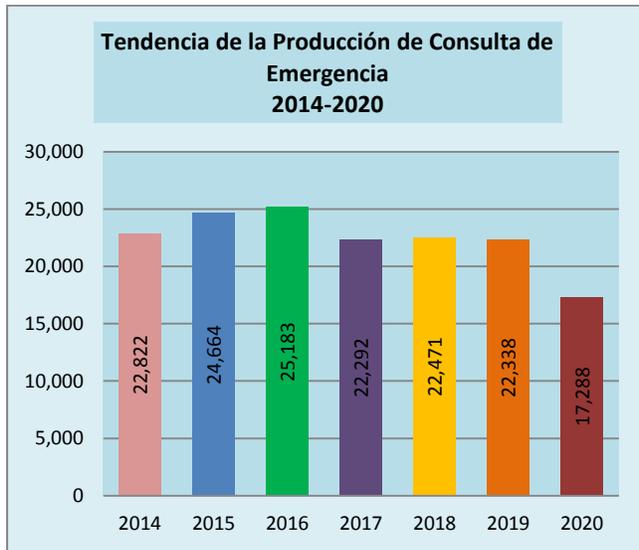
Años	Producción Ambulatoria		
	Emergencia	Consulta Externa	Total
2014	22,822	183,013	205,835
2015	24,664	184,125	208,789
2016	25,183	178,363	203,546
2017	22,292	171,169	193,461
2018	22,471	172,032	194,503
2019	22,338	171,463	193,801
2020	17,288	83,497	100,785

**Nota:**  
La Producción Noviembre y Diciembre del 2020 es proyectada en función del promedio realizado a julio a octubre de 2020, porque no se cuenta con el datos estadístico oficial

Al analizar las tendencias se evidencia que del 2015 al 2016 se tuvo una disminución en la producción de emergencia del 8% y del 2016 al 2015 también una disminución del 2%. En el 2017 en relación al 2016 se aumentó en un 13% y del 2018 en relación al 2017 se aumentó en un 1%, la tendencia en relación al 2019 es similar al 2018. En general a excepción del 2020 por la Epidemia Covid-19, que marco una disminución del 33%, la tendencia es de mantenerse en el promedio de los últimos tres años, lo cual es lo esperado en función del trabajo realizado en coordinación con la RISS y en base a la capacidad instalada del Hospital.

En relación a la producción de Consulta Externa, los datos muestran una disminución a partir del 2016, aunque estas no llegan al 5%, por lo que se puede concluir que la producción en términos generales, se ha mantenido dentro de los márgenes esperados, con una tendencia a la disminución, lo cual se ha visto afectado por la falta de recursos especializados para responder a la demanda creciente de algunas patologías y el ausentismo de pacientes; sin embargo, es importante mencionar que pese a la disminución el resultado de la producción comparado con las metas establecidas, evidencia un cumplimiento conforme a lo esperado. En el 2020 la producción ha tenido una disminución del 51.4%, lo cual es efecto de la Pandemia Covid-19 que obligó a cerrar la Consulta Externa desde abril hasta el 21 de septiembre.





## b. Análisis de Morbilidad y Mortalidad

Un importante componente de la información en salud son las estadísticas, las cuales se registran en los Sistema de Información Oficial e institucional a través de la información contenida en los registros de ingresos y egresos hospitalarios, los cuales integran los principales datos registrados por los médicos y personal responsable al final de un episodio de hospitalización, y que son sometidos a un proceso exhaustivo de revisión, codificación 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 y gerenciales.

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**

En el cuadro siguiente se presentan las principales causas de egresos hospitalarios, en el cual se muestra que comparativamente y conforme a la clasificación de la lista internacional, las principales causas de morbilidad que se han atendido en el Hospital Bloom durante el período comprendido desde el 2014 a septiembre de 2020, lo cual evidencia el perfil epidemiológico del Hospital y las variaciones que se puedan dar conforme a la demanda, el nivel de atención y la capacidad instalada.

Los datos muestran que la principal causas de atención a excepción del 2015, son las enfermedades del Apéndice; y también al analizar los resultados de las primeras causas de egreso a septiembre de 2020, se puede evidenciar que la primera causa de egreso sigue siendo las Enfermedades del Apéndice, y representan el 8% de los egresos hospitalarios, al revisar los casos de los pacientes, se constata que generalmente son apéndices complicados, que no se han podido manejar en otro nivel de atención, por diferentes motivos, y que dada la complicación deben ser atendidos en el Hospital y analizados en la red de atención para que puedan realizarse las acciones y esfuerzos para apoyar y fortalecer el trabajo de red.

Es importante hacer notar que el resultado de la primera causa de egreso del Hospital es repetitivo año con año, por lo que se deben realizar acciones de coordinación y comunicación para hacer posible el fortalecimiento y reforzamiento del II nivel de atención, a fin de lograr mejorar la capacidad resolutive, cabe mencionar que por parte del Hospital 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 los centro de atención del nivel inferior.

En segundo lugar de las causa encontramos en 6 años la Leucemia Linfoblástica, incluyendo a septiembre del 2020 y en un año las quemaduras, en promedio esta patología representa el 6.1%, lo cual demuestra que en los últimos años hay tendencia a atender patologías crónicas y complejas, que le corresponden al tercer nivel.

En tercer lugar están las neumonías, que aparecen en 5 años, un gran número de ellas son complicaciones de patologías que tienen como base como enfermedades cardiacas, cáncer, malformaciones congénitas etc.

Luego encontramos las Quemaduras y corrosiones, las cuales para ser afrontadas y que sea prevenible es indispensable el apoyo externo para la realización de campañas educativas y de prevención, sumadas a las fracturas y otras causa quirúrgicas.

En términos generales se evidencia que el Hospital por las patologías atendidas se puede inferir que es Quirúrgico y de atención de patalogías crónicas que requieren atención de calidad por la complejidad que presentan. También al analizar los resultados por edad se puede evidenciar que en los últimos tres años se ha tenido un incremento en la atención de pacientes adolescentes, lo cual implica una demanda creciente y mayor costo para el Hospital.

En el 2020 las causas presentadas son de enero a septiembre y a pesar de ser un año atípico, se evidencia que no hay mucha variación en las causas de egreso, por lo que se puede inferir que a pesar del Covid, las atenciones realizadas siguen siendo por las mismas causas.

**Primeras Causas de Morbilidad del HNNBB  
(Del 2014 a septiembre de 2020)**

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Enfermedades del apéndice	Leucemia (C91-C95)	Enfermedades del apéndice	Enfermedades del apéndice	Enfermedades del apéndice	Enfermedades del apéndice	Enfermedades del apéndice
Leucemia (C91-C95)	Enfermedades del apéndice	Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)
Quemaduras y corrosiones	Neumonía	Neumonía	Neumonía	Neumonía	Neumonía	Quemaduras y corrosiones
Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo	Quemaduras y corrosiones	Quemaduras y corrosiones	Traumatismo intracraneal	Fractura de otros huesos de los miembros	Fractura de otros huesos de los miembros	Fractura de otros huesos de los miembros
Neumonía	Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo	Traumatismo intracraneal	Otras anemias	Traumatismo intracraneal	Quemaduras y corrosiones	Otras anemias
Traumatismo intracraneal	Fractura de otros huesos de los miembros	Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo	Quemaduras y corrosiones	Quemaduras y corrosiones	Afecciones hemorrágicas y otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (D65-D76)	Neumonía
Otras enfermedades infecciosas intestinales	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Otras anemias	Fractura de otros huesos de los miembros	Otras anemias	Otras anemias	Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal
Otras anemias	Otras anemias	Fractura de otros huesos de los miembros	Otras enfermedades infecciosas intestinales (A02,A04-A05,A07-A08)	Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo	Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo	Traumatismo intracraneal
Afecciones hemorrágicas y otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	Traumatismo intracraneal	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples

Primeras Causas de Morbilidad del HNNBB (Del 2014 a septiembre de 2020)						
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
						regiones del cuerpo )
Fractura de otros huesos de los miembros	Otras enfermedades virales	Afecciones hemorrágicas y otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	Afecciones hemorrágicas y otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Otras enfermedades virales	Otras enfermedades infecciosas intestinales

### ➤ Análisis de la Mortalidad de Egresos Institucionales

En el cuadro comparativo de los resultados de mortalidad se puede evidenciar que las primeras causas de muerte en los últimos años han sido las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, y esta persiste en las estadísticas a septiembre del año 2020, y estas representan generalmente el 29% de las muertes, como segunda causa de muerte en 6 años se encuentran ciertas afecciones en el periodo perinatal, en tercer lugar están las Neumonías y en cuarta lugar las enfermedades las están las Leucemias y tumores que representan en porcentaje significativo en las causas de muerte, y luego están otras enfermedades infecciosas intestinales. Al analizar los resultados en términos generales se puede evidenciar conforme a las causas de muerte que existe una tendencia a atender más patologías del tercer nivel, es decir de mayor complejidad.

Es importante destacar el perfil de la mortalidad del HNNBB, nos permite analizar con mayor profundidad las principales causas que generan la mortalidad hospitalaria, al realizar la evaluación por grupo de edad se puede 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 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, sin embargo, se debe apostar por apoyar al trabajo en Redes, para paliar de mejor manera los resultados de salud.

Primeras Causas de Mortalidad del HNNBB (Del 2014 a septiembre de 2020)							
2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Neumonía (J12-J18)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Neumonía (J12-J18)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal

Primeras Causas de Mortalidad del HNNBB (Del 2014 a septiembre de 2020)							
2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Neumonía (J12-J18)	Neumonía (J12-J18)	Neumonía (J12-J18)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Neumonía (J12-J18)	Neumonía (J12-J18)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Neumonía (J12-J18)
Otras enfermedades infecciosas intestinales	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Leucemia (C91-C95)	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)
Leucemia (C91-C95)	Leucemia (C91-C95)	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Leucemia (C91-C95)	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Otras enfermedades infecciosas intestinales	Resto de tumores malignos	Otras enfermedades infecciosas intestinales

En relación a las tasas de mortalidad en el Hospital la tendencia es la mostrada en los gráficos siguientes; y en los cuales se evidencia que la mortalidad bruta ha oscilado durante el periodo evaluado ente 4.18 y 3.54, pudiendo observar que durante los tres últimos años la tasa mortalidad intrahospitalaria ha permanecido abajo del 4%. La mortalidad neta evidencia que durante el período evaluado el resultado está por arriba del estándar internacional que es del 2 %



### ➤ 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 periodo 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. En el Hospital, la mayoría de patologías han tenido un incremento en la letalidad, generado principalmente según los clínicos por la mayor gravedad del paciente que consulta, lo cual es corroborado al evaluar la gravedad del paciente al indicarse el ingreso, teniendo una perspectiva de la gravedad del diagnóstico. Es importante la realización de estudios en el I y II nivel de atención para determinar el verdadero origen de lo crítico con que se presenta el paciente referido.

Al realizar la evaluación de los resultados en el Hospital, llama la atención la letalidad de la neumonía, que del 2014 (10%) al 2017 (8%) había disminuido y luego para el 2020 (19%), había tenido un

incremento de 11 puntos porcentuales, lo cual es alarmante y requiere un plan de intervención. El otro caso similar es el de la diarrea, que de una letalidad del 8% en el 2014, bajo en el 2017 en 3 puntos porcentuales y lo positivo es que en el 2017 (0%) bajo 5 puntos porcentuales, lo cual es un indicador de que ha mejorado el primer nivel de atención, porque las personas que consultan reciben un tratamiento adecuado y ya no requieren consultar al tercer nivel. En relación al análisis de la letalidad por leucemia se evidencia que desde 2014(4%) al 2020 (3%) ha tenido una leve disminución.

### ➤ **Morbilidad de Consulta Externa**

Al analizar la morbilidad de Consulta Externa a septiembre de 2020 según la lista internacional de morbilidad por sexo. El resultado muestra que dentro de las principales causas de consulta están en primer lugar las Leucemias con una tasa del 62.61, en segundo lugar las enfermedades de la nariz y de los senos paranasales con un tasa del 30.75, luego en tercer lugar con tasa de 27.03 las personas en contacto con los servicios de salud. Llama mucho la atención que dentro de las primeras 10 causas la 5 la ocupan Otros trastornos mentales y del comportamiento con una tasa de 24.93. También, al realizar el análisis cruzando la evaluación de las causas por Lista de Morbilidad de causas específicas se determina que siempre las primeras causa es la Leucemia y la 2ª por repetición de recetas; este análisis nos lleva a determinar que el Hospital dado la situación de la Pandemia Covid-19, en Consulta Externa ha existido una marcada disminución de la producción y lo que se ha estado atendiendo son los pacientes de demanda espontánea y pacientes con patologías crónicas (Cáncer, Insuficiencia Renal, VIH) y pacientes con Rinitis, por lo tanto, dado lo atípico de la atención en el año 2020, no se consideró factible la evaluación de la morbilidad de Consulta en relación a los años anteriores, sin embargo, el análisis de los resultados comparado desde diferentes formas de clasificación, permitieron identificar factores importantes para el establecimiento de acciones de mejora en el funcionamiento de la Consulta Externa.

También es importante destacar que al revisar todas las causas se evidencia algunas desviaciones en los registros, el diagnóstico registrado especialmente en la especialidad de Pediatría no evidencia la complejidad de las atenciones brindadas. También se visualiza que algunos pacientes atendidos no corresponden al nivel de atención del Hospital y otros dado que solo requieren seguimiento o recetas deberían ser manejados con protocolo en un segundo o primer nivel de atención, ya que al seguir atendéndolos en el hospital, provoca tiempos de espera prolongados para la Consulta de Primera Vez en aquellos pacientes que realmente padecen patologías complejas propias del tercer nivel de atención.

### ➤ **Primeras Causas de Atenciones de Emergencia**

En el caso de la consulta de emergencia a septiembre del 2020 prevalecen los diagnósticos de las patologías quirúrgicas, entre las 10 primeras causas, representa el 77.86 y solo los traumatismos el 32.95 y los cuales en relación al 2019 han experimentado una disminución del 36.7

De los diagnósticos más frecuentes la primera causa de consulta de emergencia son los traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo, los cuales representan el 32.95, y tienen una disminución en relación al año pasado de 36.7, como segunda causas los dolores abdominales y pélvicos que representan el 20.04 y como tercera causa los efectos de cuerpo extraño que penetra por un orificio natural, que son el 11.87; la cuarta causa son otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, que son el 10.39 y las Fiebres de origen desconocido que representan el 8.85 Es de hacer notar que los resultados a pesar de que la producción evidencia una disminución, las primeras causas siguen siendo las mismas

de años anteriores y los diagnósticos en su mayoría quirúrgicos, 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 a septiembre de 2020 son en primer lugar ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (4), en 2° lugar las Neumonías (3), en 3° lugar las malformaciones congénitas (2) y Otras enfermedades infecciosas intestinales (2) y las Enfermedades del Sistema Respiratorio (2), luego están: Desnutrición, Insuficiencia, renal, Diabetes Mellitus. En relación al resultado de los datos de mortalidad en emergencia, la revisión y análisis de todos los resultados permiten inferir que la Pandemia ha afectado el proceso de atención oportuno en la Red, ya que algunos de los pacientes, al ingresar a la emergencia estaban en un estado crítico y algunas veces sin pronóstico, por lo que fallecieron en la Emergencia.

### **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.

En relación a las enfermedades transmisibles en el Hospital, para efectos de la planificación 2020, se revisaron los resultados de los años 2014 a septiembre 2019, estos 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, por otra parte, hay una tendencia a la baja en todas las edades y en todos los años. En relación a las Diarreas, se evidencia que en el año 2017 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. También se evaluaron las atenciones por Conjuntivitis bacteriana aguda, y se pudo constatar que en el año 2019 en las edades de 1 a 4 años es cuando más casos se han dado (2). En relación a las atenciones por Neumonía, se ve una tendencia a la baja en todas las edades hasta el 2017 al 2020, siendo la edad más afectada los menores de un año en todos los años, con predominio del sexo masculino.

### **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 2014 a septiembre de 2020, y se evidencia que las atenciones por Mordidos por animal transmisor de Rabia, en todos los años predominan los niños de 1 a 4 años, en el año 2020 por la situación de la Pandemia Covid-19 hubo una baja, como todos los años el sexo masculino es el más afectado.

### **d. 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 del 2014 a septiembre de 2020, los resultados son:

- **Tumores:** En cuanto a las atenciones de Tumores (Neoplasias) con Diagnóstico de Primera Vez, el sexo femenino es el más afectado. Desde el año 2016 la tendencia de casos es a la baja como diagnóstico de primera vez. En cuanto a las atenciones de Tumores (neoplasias) con Diagnóstico de primera vez, los menores de 5 años son los más afectados.
  
- **Diabetes Mellitus:** En cuanto a las atenciones de Diabetes mellitus con Diagnóstico de primera vez, el sexo femenino es el más afectado y desde el año 2016 la tendencia es a la alta. En cuanto a las atenciones de Diabetes mellitus con Diagnóstico de primera vez, los más afectados son la edad de 10 a 14 años.
  
- **Insuficiencia Renal:** En cuanto a las atenciones de Insuficiencia Renal con Diagnóstico de primera vez, el sexo masculino es el más afectado y desde el año 2019 la tendencia es a la baja. En cuanto a las atenciones de Insuficiencia renal con Diagnóstico de primera vez, los más afectados son de 10 a 14 años, desde 2018 la tendencia se mantiene.
  
- **Obesidad** En cuanto a las atenciones de Obesidad con Diagnóstico de primera vez, los más afectados son de 5 a 9 años, desde 2018 la tendencia es a la baja.
  
- **Enfermedad Hipertensiva** En cuanto a las atenciones de Enfermedad Hipertensiva con Diagnóstico de Primera Vez, el sexo masculino es el más afectado y desde el año 2019 la tendencia es a la baja.

#### **e. 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). El mecanismo de las lesiones son las caídas, luego los cortes o punzadas, golpes, quemaduras y accidentes de tránsito, no variando su posición o ranking anual. Las Lesiones de Causa Externa registradas en el Hospital desde el 2014 a septiembre de 2020, en general se dan principalmente en las edades de 15 a 19 años. La tendencia de las atenciones de las Lesiones de causa externa es a la baja y en los últimos 5 años se han hospitalizado el 1% del total de consultas, y en los últimos 3 años un 1%. De los pacientes hospitalizados generalmente fallece el 1%, los cuales son casos que se presentan en condiciones críticas. Al comparar el 2019 en relación al 2020 se evidencia un aumento del 1% en los egresos y los fallecidos de igual manera han disminuido en un 33%.

#### **f. Tiempos de Espera**

Uno de los indicadores en los cuales se realiza monitoreo mensual en el hospital, es el Tiempo de Espera de algunas actividades hospitalarias, los cuales están incluidos en los indicadores de gestión y de calidad. Entre los tiempos de Espera evaluados mencionamos los siguientes resultados:

### ➤ **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 en el 2020, ha sido impactado por la Pandemia de Covid-19, dado que por las medidas emitidas por el gobierno y el ente normativo obligaron al cierre de la Consulta Externa, lo que ha impidió la realización de la generación de información, dado que la prolongación del tiempo de espera estaba supeditado a la reapertura de la Consulta.

La reapertura de la Consulta Externa inició el 21 de septiembre del 2020 de forma gradual, y se realizaron estrategias para reducir los tiempos de espera para la Cita de primera vez. Entre las estrategias realizadas están la implementación del Triage de Consulta Externa médica y quirúrgica, creación del Call Center para otorgamiento de Cita Telefónica y Consulta en Línea, entre otros. Sin embargo, a pesar de las acciones realizadas, al revisar los resultados por cada una de las especialidades y considerando que aún estamos ante los efectos de la Pandemia, se evidencia la falta de oportunidad en los tiempos de respuesta y se hace difícil reducir la espera porque en las condiciones actuales hay una reducción de atenciones, porque la oferta de servicios ha establecido en función de la capacidad instalada para mantener el distanciamiento físico, por lo que se puede concluir que si bien es cierto existen oportunidades de mejora interna también, se debe trabajar en los planes y/o estrategias a nivel de la RISS, de tal manera que se puedan 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, así como la coordinación con la RISS para el manejo de pacientes crónicos, etc.

### ➤ **Tiempo de Espera para Ingreso Hospitalario**

En el área de atención de 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.

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

El control mensual de los tiempos de espera para ingreso hospitalario, ha dado como resultado promedio a septiembre del 2020 un tiempo de espera de 4.37 horas, este resultado se considera dentro del estándar normal del hospital, que es de 3 a 6 horas, tomando en cuenta los problemas cotidianos del hospital como: la verticalidad del edificio, la dificultad de los ascensores y la logística en la administración de las cama y la complejidad de los casos, sumado a la reducción de personal del Hospital producto de las medidas de cuarentena y resguardo domiciliar por la Epidemia de Covid-19.. 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.

<b>Tiempo de Espera para Ingreso Hospitalario 2020</b>			
<b>MESES</b>	<b>Atención en Observación</b>	<b>Atención en Máxima</b>	<b>Tiempo Promedio de Espera</b>
Enero	4.48	3.77	<b>4.25</b>
Febrero	5.36	4.24	<b>4.97</b>
Marzo	4.42	3.90	<b>4.24</b>
Abril	4.57	4.82	<b>4.82</b>
Mayo	4.07	4.07	<b>4.07</b>
Junio	3.78	3.19	<b>3.57</b>
Julio	4.30	3.94	<b>4.19</b>
Agosto	5.14	4.20	<b>4.83</b>
Septiembre	4.65	3.93	<b>4.46</b>
<b>Promedio Institucional</b>			<b>4.38</b>



➤ **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 el hospital se han venido realizando acciones para disminuir el tiempo, llegándose a establecer un promedio de 90 días sin embargo, en el 2020 debido a la situación de la Pandemia no se ha podido sostener, además porque la limitada capacidad instalada de quirófanos no es suficiente para cubrir la demanda de horario de cirugía, dado que dichos quirófanos no se han podido habilitar en su totalidad por falta de personal de anestesia y de enfermería, también la demanda de cirugías de emergencia y ambulatorias y los horarios de funcionamiento de quirófanos hacen difícil la reducción.

El mantener o reducir los tiempos de espera para cirugía es necesario que se habiliten todas las salas de operaciones y se amplíe la cobertura de atención de los quirófanos, y que se evalúe las posibles alternativas para solventar las limitaciones de horarios y la falta de recursos humano de anestesia y enfermería que además se ha visto disminuido por las jubilaciones y las incapacidades producto del estrés y la carga laboral.

## 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	2019	2020
Camas Censables	285	299	293	293	289	285	285	292	288	287	287	284	276	286
Camas No Censables	101	82	108	108	112	112	112	89	100	109	109	111	119	113
<b>TOTAL CAMAS HOSPITALARIAS</b>	<b>386</b>	<b>381</b>	<b>401</b>	<b>401</b>	<b>401</b>	<b>397</b>	<b>397</b>	<b>381</b>	<b>388</b>	<b>396</b>	<b>396</b>	<b>395</b>	<b>395</b>	<b>399</b>

El Hospital anualmente realiza su análisis sobre el funcionamiento de las camas en relación a la demanda, las patologías atendidas y el resultado de los indicadores de gestión, este análisis permite realizar los cambios pertinentes para el mejor aprovechamiento de las camas en función de la demanda y los recursos disponibles, en el cuadro anterior se evidencia los diversos cambios que se han efectuado en la definición de la capacidad instalada de camas, las variaciones en número y la vocación de las mismas, ya que muchas de las censables se han asignado como no censables.

### Comparación Capacidad Instalada 2019-2020

#### ➤ Dotación de Camas

En relación al comparativo de camas del 2019-2020, cuando se realizó la programación 2020 se pudo constatar que los índices de ocupación de las camas quirúrgicas presentaban una disminución significativa, por lo que se ajustaron las camas, realizando una disminución de las censables, y un aumento en las camas no censables, definiéndose que se ampliaría la atención del Hospital de día, es decir que las camas se habilitarían 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, para pacientes quirúrgicos ambulatorios de las especialidades de Cirugía General, Cirugía Plástica, Otorrino y Oftalmología.

Por tanto en base al análisis de camas se definió que para el 2020, los cambios a realizar en las camas será en los servicios de Cirugía, que en función del análisis de los resultados en la producción y los indicadores, se reajustaran, realizando una reducción de 8 camas, 2 en cada uno de los servicios de Cirugía General, Neurocirugía, Oftalmología y Ortopedia, dicha reducción será un aumento en las camas no censables, y el rediseño y ampliación de la atención del Servicio de Cirugía Ambulatoria (hospital de día), en el cual se atenderá a pacientes de todas las especialidades quirúrgicas que requieran una intervención con estancia hospitalaria de menos de 24 horas.

Al realizar el análisis para la programación 2021, se ha evaluado la gestión, verificando que la Pandemia Covid-19 ha afectado los resultados de los indicadores de gestión, además que durante el 2020 se han tenido que realizar muchos ajustes para disponer de camas para el Covid y mantener el distanciamiento físico, por lo que los índices de ocupación de camas han estado bajos (promedio del 66%) en relación a la normalidad del Hospital. Los servicios más afectados han sido los de Cirugía, que es donde debido a la suspensión de consulta externa y cierre de quirófanos no han producido los

egresos esperados, sumado a la falta de horas quirófono habilitadas y limitado recursos humano de enfermería y anestesia.

➤ **Dotación de 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	Quirófono Torre de Cirugía Plástica	Cirugía Electiva
1	Quirófono de I Planta	Cirugía Emergencia
1*	Quirófono de I Planta	Alternativo
1*	Quirófono de I Planta	Alternativo
1*	Quirófono 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.

Al realizar la comparación de la dotación de quirófanos 2019-2020, 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 quirófono disponibles y se relaciona con la demanda de horas quirófono 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.

Los Consultorios de Emergencia son 3 y están ubicados en el Edificio de la Torre y están disponibles las 24 horas del día. En relación a los consultorios para Consulta Externa se cuenta con 53 consultorios, de dichos consultorios asignados se habilitan para funcionamiento un promedio de 6 horas, habitualmente su ocupación se da en el transcurso de la mañana que es cuando está programado la mayoría del recurso médico

## **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 2019-2020, vemos los resultados siguientes:

### **➤ Camas**

La capacidad residual de camas de los años 2019-2020, 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 2021. La evaluación de la capacidad residual de las camas en términos generales, en el 2019 permitió establecer que se había mejorado la utilización de las camas especialmente en los servicios de medicina, sin embargo en los servicios de Cirugía (oftalmología, otorrino y neurocirugía), se tiene capacidad residual, pues había capacidad para generar 955 egresos más, por lo que se reorganizó el uso de camas esperando que en el 2020 se hiciera un mejor aprovechamiento, lo cual debido a la Pandemia Covid-19 no fue posible, y existe una capacidad residual en el 2020 de un 31%, es decir que a septiembre del 2020 se han dejado de producir en función de las camas asignadas 4,236 egresos.

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; por lo 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: 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 2019-2020 muestra que en el 2019 se tenía un déficit residual de 1,453 cirugías, es decir que se produjo menos de lo esperado con la capacidad de quirófanos disponibles. En el 2020 el resultado muestra una capacidad residual de 3,368. Estos resultados se establecen considerando los datos de producción migrados del SIMOWS al SPME, los cuales varían en relación al dato registrado en sala de operaciones, el cual es mayor, por lo que se puede inferir que hasta el 2019 los esfuerzos estaban destinados a reducir la capacidad residual, es decir a producir más de lo esperado, siempre que se cuente con los recursos de enfermería y anestesia para lograr una mayor utilización de los quirófanos y ampliar las horas de funcionamiento de los mismos. Sin embargo, en el 2020 debido a la Pandemia Covid-19 que obligó a la suspensión de Cirugías Electivas durante más de 6 meses, lo cual implicó la disminución de la producción



Plazas según nombramiento	N° de Empleados	No. de Plazas y Horas Disponibles										
		No. Horas Día - GOES	No. Plazas - OTROS	No. Horas Día - Plazas OTROS	No. Plazas - Ad honorum	No. Horas Día - Plazas Ad honorum	Total Plazas Hospital	Total Horas Día Hospital	Total Horas Anuales Hospital	Total Plazas Hospital + Ad honorum	Total Horas Día Hospital + Ad honorum	Total Horas Anuales Hospital + Ad honorum
Médicos Especialistas de Especialidades de Medicina	96	690	20	160			20	850	10,220	20	850	870
Médicos Especialistas de especialidades de Cirugía o Quirúrgica	82	590			1	20	0	590	7,080	1	610	611
Médicos Residentes	78	624					0	624	7,488	0	624	624
Internos	51	408					0	408	4,896			0
Odontólogos	9	72					0	72	864	0	72	72
Ortodoncistas		0					0	0	0	0	0	0
Enfermeras	253	2,024	76	608			76	2,632	31,660	608	2,100	2,708
Auxiliares de Enfermería	161	1,288	4	32			4	1,320	15,844	32	1,292	1,324
Personal que labora en Farmacia	26	208					0	208	2,496	0	208	208
Personal que labora en Laboratorio	58	464					0	464	5,568	0	464	464
Personal que labora en Radiología	38	304					0	304	3,648	0	304	304
Personal que labora en Anestesia	35	280					0	280	3,360	0	280	280
Personal que labora en Terapia Física	8	64					0	64	768	0	64	64
Personal que labora en Terapia Respiratoria	23	184					0	184	2,208	0	184	184
Personal que labora en Patología	8	64					0	64	768	0	64	64
Nutricionistas	4	32					0	32	384	0	32	32
Psicólogos	7	56					0	56	672	0	56	56
Personal que labora en otras áreas asistenciales	139	1,112					0	1,112	13,344	0	1,112	1,112
Personal que labora en áreas Administrativas	336	2,688					0	2,688	32,256	0	2,688	2,688
Otros RRHH	0	0					0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1412</b>	<b>11,152</b>	<b>100</b>	<b>800</b>			<b>100</b>	<b>11,952</b>		<b>661</b>	<b>11,004</b>	<b>11,665</b>

Fuente: Registros del Departamento de Recursos Humanos

### ➤ Desarrollo del Recurso Humano.

El capital humano, es considerado el recurso más importante de una organización, por lo que partiendo de esta premisa, el desarrollo del recurso humano debería ser una de las actividades vitales a impulsar en la planificación estratégica. 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 la 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 el Plan de Formación y Educación Permanente Institucional se cumplió en un 41%, lo cual significa que de acuerdo a lo programado en el POAI 2020, que es el 80%, al mes de noviembre de 2020 ha cumplido en un 50%, es importante hacer notar que a pesar de la Pandemia del Covid-19, que ha limitado en gran medida su ejecución se han realizado los esfuerzos necesarios para obtener este logro, puesto que se tuvo que cambiar la dinámica de ejecución, priorizando la urgente demanda de conocer y afrontar la nueva situación frente al Coronavirus.
- Coordinación para fortalecer y desarrollar nuevas metodologías para la ejecución del Plan de Formación, tales como: Conferencias Semi-presenciales, así como invitación vía wasap, utilización de plataformas virtuales para video conferencias como ZOOM, Google Meet.
- Que además de las capacitaciones se realizan otras actividades de Educación, como son Docencia y Educación en Salud, las cuales al mes de noviembre se han realizado 12 defensas de tesis, 15 conferencias anatomo-clínicas y casos interesantes. Además, se entregaron 8 diplomas de especialistas a nuevos profesionales en el área de Cirugía Pediátrica, Plástica y Otorrinolaringología.
- Gestión de Diplomados y Cursos con apoyo externo
- Integración y coordinación de la actividad de educación permanente con los Comités de Infección Asociada a la Atención Sanitaria y Seguridad y Salud Ocupacional, para dar respuesta a las necesidades surgidas por la Epidemia Covid-19

También en el segundo punto, relacionado con el desarrollo de la gestión del Recurso Humanos es importante mencionar que durante el año 2020, se debe tener claro que este año ha sido atípico; pues con la llegada del COVID-19, la Planificación anual operativa se vio afectada por el riesgo de contagio, lo cual afectó no solo el Plan de Capacitación, sino también limitó el poder realizar reuniones, las cuales son necesarias para la comunicación y seguimiento y además generó trabajo adicional y saturación de actividades para los recursos.

A partir del segundo trimestre dado la agudización de la Pandemia agudizó, se presentaron casos de contagio en el personal, no solamente Médico, paramédico y enfermería, sino también personal administrativo; por lo que una de las medidas de prevención fue la suspensión de marcación biométrica y sumando al lineamiento de suspender todo permiso personal, misiones oficiales y vacaciones, provocó que no se registrara un incremento en el ausentismo, el cual a noviembre del 2020, por disciplina es el siguiente: Médicos 5%, Enfermería 7.6%, Administrativos 3.9% y Técnicos 4.2%:

Un elemento importante a destacar en la gestión del recurso humano en el 2020, es que durante el 2° trimestre, el Ministerio de Salud proporciono Fondos para la contratación de personal por servicios profesionales para apoyar a las actividades covid-19 durante tres meses, de la siguiente manera:

N°	PLAZA	CANTIDAD
1	Auxiliar de Enfermería	6
2	Enfermera Hospitalaria	44
3	Profesional en Laboratorio Clínico	6
4	Terapista Respiratorio	5
5	Auxiliar de Servicio	10
6	Lavandera y Aplanadora	4
7	Médico Especialista	13
8	Médico General	7
<b>Total</b>		<b>95</b>

Al finalizar los contratos y en vista de la necesidad persistente del recurso se solicitó la renovación de dichos contratos, los que fueron autorizados de octubre a diciembre 2020.

También durante este año, se han presentado 38 renunciaciones de personal que se ha apegado al decreto de retiro voluntario; este personal, aunque en su mayoría médicos y enfermeras; eran personas mayores de 60 años, quienes tomaron la decisión de retirarse debido al riesgo del Virus en el Hospital. Las plazas Vacantes resultantes de las renunciaciones presentadas, ha generado la oportunidad de mover Médicos especialistas que se encontraban en plazas de residentes en subespecialidad; lo que permitirá que para el año 2021 se puedan formar nuevos sub especialistas anesthesiólogos, radiólogos, etc; lo que será de gran beneficio para el Hospital y la población. (6 plazas). Asimismo, se han cubierto plazas médicas importantes y fortalecido especialidades con la llegada de un Perfusionista, Ortopedista, Urólogo y se ha trasladado a la Ley de Salarios del Hospital un Epidemiólogo con experiencia.

Otras actividades realizadas en relación a la gestión del recurso es la remodelación de ciertas áreas claves; tal es el caso de la Clínica empresarial que con la contratación de un nuevo médico general 2 horas diarias y la remodelación de los consultorios y áreas de estar, el personal se siente complacido y mejor atendido.

Con respecto a la satisfacción del personal, una encuesta realizada en línea a principios de abril, reflejo que el personal no se sentía inconforme y que tenía buena actitud para trabajar en pro del hospital para combatir la pandemia, por lo que a pesar de la situación, se realizaron muchas actividades en beneficio al personal, tal como: entrega de equipo de protección personal, remodelación de las áreas, alimentos preparados que se obtuvieron por medio de donación, cajas solidarias, celebración del día del Hospital, etc. todo para fortalecer el ambiente laboral en general.

Para lograr un mejor desarrollo del personal, además de evaluar el funcionamiento se ha analizado la situación del recurso humano, lo cual permite 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

- Un porcentaje significativo de personal con limitaciones de trabajo amparados en carta de Medicina del Trabajo
- 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
- Ordenamiento de la carga laboral en todas las clases de recursos humanos.
- Limitaciones para la agilización en los procesos de contratación
- Factores externos que afecta la aplicación de leyes laborales

En relación a la calidad del recurso humano, hay aspectos fundamentales a considerar, entre estos los problemas relacionados con los temas actitudinales, de valores y 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.**

Con la renovación de equipos especialmente biomédicos impulsada recientemente, se estima que actualmente se tiene un 40% de equipo discontinuado y un 60% con tecnología actualizada.

Actualmente se tienen un aproximado de 25 equipos biomédicos en espera de repuestos y con la finalización de la garantía del reciente equipamiento es de esperar que cuando presenten fallas, la cantidad se incrementara.

#### **E. Condiciones de la Planta Física e Infraestructura.**

La pintura exterior del edificio principal torre fue restaurada recientemente, se hizo una evaluación estructural y las grietas encontradas fueron inyectadas con material epoxico para restaurar su resistencia estructural; en el resto de edificios la pintura 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 se ha ido renovando en parte con algunos trabajos de mantenimiento y con proyectos gestionados por el MINSAL y el HNNBB, actualmente está en proceso de ejecución la pintura interior de todos los servicios de hospitalización. Existe un proyecto pendiente con la Fundación Benjamín Bloom para renovar la pintura exterior del resto de edificios del complejo hospitalario que aún no han sido intervenidos.

La mayoría de las losas de concreto de los edificios del complejo hospitalario presentan filtraciones de agua lluvia, por lo que se ha gestionado mediante solicitud de compra su impermeabilización a través de la UACI, actualmente se está ejecutando la impermeabilización de la losa del tercer nivel, área de los chillers y se espera efectuar el resto de losas en el próximo año.

En el presente año se han efectuado algunos proyectos de mejora de infraestructura entre los que destacan: la remodelación de la Unidad de Cuidados Intensivos con el apoyo de personal del MOP; sustitución de techos en el taller de biomédica y local de las voluntarias en el tercer nivel;

remodelación del área de servicios por convenio; cambio de piso en área cristalería en laboratorio, sustitución de puertas de vidrio en servicios de hospitalización.

### **Barandal Perimetral.**

El barandal exterior que rodea el hospital se encuentra deteriorado y para mantener las condiciones de seguridad del perímetro se requiere la sustitución o renovación de toda la estructura metálica. Este trabajo ya fue gestionado varias veces y no ha sido posible sustituirlo por falta de asignación presupuestaria, por lo que nos limitamos a efectuar pequeñas reparaciones con materiales sobrantes de chatarra.

### **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 o faltantes y obstruidos por desechos sólidos diversos que son depositados irresponsablemente en su interior generando mayor trabajo para nuestro personal y costos en materiales, que son adquiridos por fondo circulante.

### **Vapor.**

En general la red de vapor se encuentra funcionando adecuadamente, los desperfectos propios de su funcionamiento como fugas y trampas de vapor, son atendidos y corregidos oportunamente; las calderas y algunos equipos periféricos, fueron sustituidos recientemente.

En el transcurso del presente año efectuamos la sustitución y reparación de algunas trampas de vapor de la red de distribución logrando con esta medida una disminución en el consumo de combustible.

El control del sistema de tratamiento de agua de las calderas se encuentra dañado y esperamos gestionar la sustitución en el próximo año.

### **Agua potable.**

El sistema de bombeo se encuentra funcionando; ocasionalmente se tienen fugas en la red de distribución especialmente en las tuberías de cobre, las cuales se encuentran degradadas por el tiempo de uso. Para superar este problema, se continúa trabajando en la sustitución paulatina de las tuberías de cobre por otro material. Se instalaron variadores de frecuencia en el control de la cisterna de la consulta externa para mejorar el funcionamiento del sistema de bombeo.

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 filtrada; gestionamos su compra durante varios años y tampoco fue posible su adquisición por falta de asignación presupuestaria. Es de señalar que 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, se evalúe la factibilidad de construcción de un pozo, el cual nos daría autonomía en caso de desastres o falta prolongada 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 luego para la adquisición de una nueva y no hubo resultados.

### **Climatización.**

El año 2017 se sustituyó uno de los chiller, con lo cual se mejoró sensiblemente la climatización de áreas críticas; el otro chiller, se mantiene en reserva con su funcionamiento en un 75% de su capacidad. Las 15manejadoras de aire del sistema central de climatización se encuentran

funcionando con deficiencias, tanto el chiller como las manejadoras son equipos antiguos y obsoletos. Adicionalmente muchos de los equipos de aire acondicionado tipo central y mini split se encuentran obsoletos y es necesaria la sustitución. En la actualidad, el mantenimiento de los equipos de aire acondicionado tipo mini Split, chillers y manejadoras de aire está bajo la responsabilidad de la Unidad de Climatización, la cual no es una dependencia del Departamento de Mantenimiento.

### **Energía eléctrica.**

El sistema eléctrico funciona confiablemente; en el transcurso de los años hemos efectuado la modernización de algunos componentes importantes de la subestación del Edificio Torre y Aanexo. En el presente año efectuamos la sustitución del interruptor principal de la subestación de la torre así como el sistema de control automático SIMATIC; todavía queda pendiente sustituir algunos interruptores de potencia. Se sustituyó interruptor de potencia en subestación del anexo. Los generadores de emergencia están funcionando sin problemas y recibiendo el mantenimiento preventivo programado. En el mes de noviembre de 2020 se han instalado paneles solares en el edificio de la Consulta Externa, constituyendo el primer paso en la introducción de energías renovables en el hospital. Con lineamientos de la actual dirección del hospital, en todos los proyectos ejecutados se están sustituyendo las luminarias por paneles led.

### **Elevadores.**

Todos los elevadores fueron sustituidos a finales del año 2016, actualmente se encuentran fuera de servicio dos equipos por falta de repuestos, el resto funciona confiablemente.

### **Gases médicos.**

En el transcurso del año, se concluyó la sustitución de válvulas de control en la red de distribución de oxígeno, corrigiendo así las fugas detectadas en el sistema. Se encuentra en proceso el montaje de un nuevo generador de aire comprimido médico, el cual aumentara la capacidad de suministro a los ambientes críticos que lo requieren. El generador de aire comprimido industrial que se utiliza para diversos equipos como lavandería y arsenal, se encuentran trabajando a su máxima capacidad y en caso de mayor necesidad no tenemos capacidad para suplir la demanda. En cuanto a los sistemas de vacío medico se encuentran funcionando con serias deficiencias, también ya cumplieron su vida útil por lo que se recomienda la sustitución o un overhaul completo para restablecer su pleno funcionamiento. Se han hecho las gestiones de compra correspondientes sin que a la fecha tengamos resultados.

### **Sistema de drenaje de aguas negras.**

El sistema de colectores de aguas negras de los edificios del hospital se encuentra funcionando; con frecuencia se presentan obstrucciones en las tuberías debido a que los usuarios internos y externos depositan desechos sólidos diversos en su interior. Los drenajes del servicio de alimentación y dietas con mucha frecuencia se obstruyen debido a la acumulación de grasas y desechos orgánicos afectando las labores del servicio; se requiere un tratamiento especial para la limpieza interna de algunos tramos de tubería; se ha gestionado y cotizado pero no se ha aprobado por falta de recursos financieros.

La demanda de Mantenimiento de instalaciones y equipo del Hospital viene afrontando un crecimiento constante, el cual es ocasionado por el deterioro que han sufrido las instalaciones y equipos con el paso de los años, el mal uso de los usuarios internos y externos; y también porque la gran mayoría de estos equipos e instalaciones ya finalizaron su vida útil, siendo más notorio en los equipos considerados como de tipo "industrial" (sistemas de bombeo, aire acondicionado y refrigeración, generadores de aire comprimido, vacío médico, secador de ropa, cocina, etc.); así como también por la creación de nuevas áreas físicas y oferta de nuevos servicios, entre los cuales están: Edificio de

Consulta Externa, Servicio de UCIN, Edificio de Cirugía Plástica, Centro Nacional de Radioterapia, los cuales además de la infraestructura, contienen una gran cantidad de equipos y mobiliario.

La situación anterior, se ve agravada debido a la falta de recurso humano, motivada por la renuncia y retiro voluntario del personal observado en los últimos cuatro años. A finales del presente año se retiran por jubilación, dos técnicos de la sección mecánica, agregando a esto, que no se ha efectuado la contratación del recurso humano para llenar las plazas vacantes.

La falta de estos recursos operativos afecta la capacidad de respuesta para atender las solicitudes de trabajo requeridas por los servicios y lo más preocupante, es que los procesos de selección y contratación de las plazas, se vuelven demasiado prolongados y el riesgo de pérdidas de las plazas faltantes es un fenómeno que afecta la gestión de mantenimiento, que en los últimos años ha sido mermado en su planta laboral. Otro de los factores que se suma a la situación crítica de la gestión de mantenimiento es la falta de una asignación presupuestaria requerida y disminución de la misma, por lo que en los últimos años, la mayoría de los materiales y repuestos utilizados se han adquirido por fondo circulante, pero existe una gran cantidad de repuestos para equipos específicos y materiales para proyectos de mejora de la infraestructura que no se pueden adquirir.

#### **F. Sistemas Informáticos y Comunicaciones.**

En relación a los sistemas informáticos, el Hospital tiene un sistema informático integrado y robusto, cuyo objetivo primordial es optimizar los procesos institucionales, y mejorar la información institucional, tanto interna como integrada a los sistemas del MINSAL. Una de las características más importantes es que todos los módulos institucionales están integrados entre sí, lo cual permite el cruce de variables para un mejor análisis de los resultados de la producción.

La mecanización se ha realizado de forma priorizada, iniciando con los procesos esenciales del hospital, es decir Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa, además de fortalecer otros sistemas de apoyo como Centro Quirúrgico, Farmacia, Almacenes etc.

En los últimos años, con los Sistema se ha tratado de sentar las bases para tener una información más oportuna y de mejor calidad, para que las jefaturas de los servicios puedan tener a su alcance la información necesaria para facilitar la toma de decisiones basadas en información y evidencia medible. Por otra parte, se ha estado trabajando en el desarrollo de sistemas, que también apoyen la información requerida para la implementación de Presupuesto por Programas con enfoque a Resultados, que es un requerimiento establecido por el Ministerio de Hacienda para la programación Presupuestaria.

Las condiciones actuales del Equipo Informático incluyendo redes y el número de equipos y estado de los mismos esta de la forma siguiente:

- El equipo informático en nuestro hospital, se incrementado considerablemente, 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 350 computadores, de las cuales 165 están ubicadas en el edificio Torre, 164 en el Anexo Hospitalario y 31 en el Centro de Radioterapia. En su mayoría cuentan con su licenciamiento, así como los licenciamientos de software para servidores. Algunas estaciones de trabajo no poseen licencias ya que son obsoletas con Windows XP y Office 2007, para lo cual nos hemos visto obligados a cambiarlas a Windows 7 sin licencia por falta de soporte al sistema operativo y para evitar vulnerabilidad en la red, cabe mencionar que estos equipos están siendo gradualmente sustituidos por equipos nuevos con licencia, con forme se están dañando, ya que tienen más de 10 años de uso, el objetivo es lograr tener el 100% de toda la institución legalizada. Además, se cuenta con licencias de antivirus Mcaffee, software para el desarrollo de

sistemas VISUAL NET, Base de datos SQLSERVER 2014, estaciones de trabajo con WINDOWS profesional 7, 8.1, 10; muchos de estos licenciamientos se han logrado a través de diversas gestiones realizadas por el Departamento de Informática en conjunto con Planificación y la Gerencia.

- En cuanto a la infraestructura de red esta ha sido mejorada considerablemente, ya que se ha ordenados el rack principal de centro de datos, colocado gabinetes certificados a todos los Switch en la red y agregados nuevos puntos de red, en base a los proyectos de desarrollo; además se han adquirido switch's capa dos y tres para toda la red, los cuales permiten tener redes más estables; en la actualidad contamos con un 100% con red normalizada utilizando diferentes Vlan (Voz, Video, Datos) y redes por Edificio y niveles. También se cuenta con Servicio de Internet el cual es donado por tres proveedores de servicio, Infraestructura de Red Inalámbrica, video vigilancia. Sin embargo, es importante hacer notar que es urgente la renovación de servidores, ya que con 3 que se cuenta se adquirieron en el 2011 y a la fecha ya están presentando fallas a nivel de hardware por cada puerto orientados para la carga de ancho de banda a fin de satisfacer la demanda de los usuarios y las necesidad creciente del Hospital. También es indispensable la adquisición de dos Switha Core principales del Centro de DAtos para FIBRA de 10 Gb, así como Fibra Óptica que cubra desde el Centro de Datos de Informática hacia cada gabinete o Swich, así como la compara para la actualización de la SAM.
- En cuanto a los servidores se cuenta con servidores virtualizados en alta disponibilidad con VMWare, tres servidores físicos corriendo los servicios de (Dominio, DHCP, DNS, Active Directory, PRTG, Correo, Antivirus, Servidor de aplicaciones, Servidor de base de datos, Nube, una SAN(como parte de la solución); una NAS (Para respaldo de la información de sistemas y base de datos) estos servicios funcionan 7/24
- En relación a la seguridad se cuenta con un Firewall para dar seguridad a la infraestructura de red perimetral, cerrando puertos y permitiendo únicamente lo que se requiere para el buen funcionamiento de los servicios Informáticos y limitando a los usuarios a cargar páginas no autorizadas o acceder sitios peligrosos. Además, se cuenta con SBDS de HILLSTONE caja inteligente para la seguridad interna de la red, quien aprende de los procesos de las estaciones de trabajo y servidores, para el monitoreo de toda la red, permitiéndonos conocer vulnerabilidades de las estaciones de trabajo, ataques desde adentro o afuera hacia nuestra red, recomendando acciones para mayor seguridad o mitigar amenazas detectadas, entrega Ip y de que partes del mundo intentan acceder a nuestra red mostrando gráficas, puertos, protocolos utilizados, nos proporciona los equipos que no cuentan con las actualizaciones de parches que son vulnerables para ataques de virus, malware, etc., todo en ambiente gráfico.
- También el Departamento de informática en cuanto al desarrollo de los sistemas informáticos, 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 (Identificación de Pacientes, Triage, Registro diario de Consulta, Historia Clínica, Seguimiento en observación, Ingreso de Pacientes, Receta Electrónica), Consulta Externa (Citas, Registro diario de consulta, Receta Electrónica, Preingreso de pacientes), Hospitalización (Ruta de pacientes aceptación de ingresos, traslados, Egresos, Modulo de Hoja de defunción, Modulo de Hospitalización de Hematología, Prescripción Médica por Cama y Paciente, Modulo de Seguimiento de Hoja 12, Pedido Electrónico), Centro Quirúrgico (Hospital de día, Programación de cirugías, Imágenes Médicas, Despacho de Farmacia entre otros, Estadística (Modulo de Recodificación de diagnósticos, Migración de consulta, Seguimiento de Hoja 12, Modulo de Interconsulta y Procedimientos), Almacenes (Sistema de abastecimientos de Almacenes y bodegas para los cuatro almacenes con Máximos y Mínimos, alertas temprana vía correo y semáforo para evitar el desabastecimiento de medicamento e insumos), Informática (Sistema de Ordenes de trabajo de Informática incluyendo

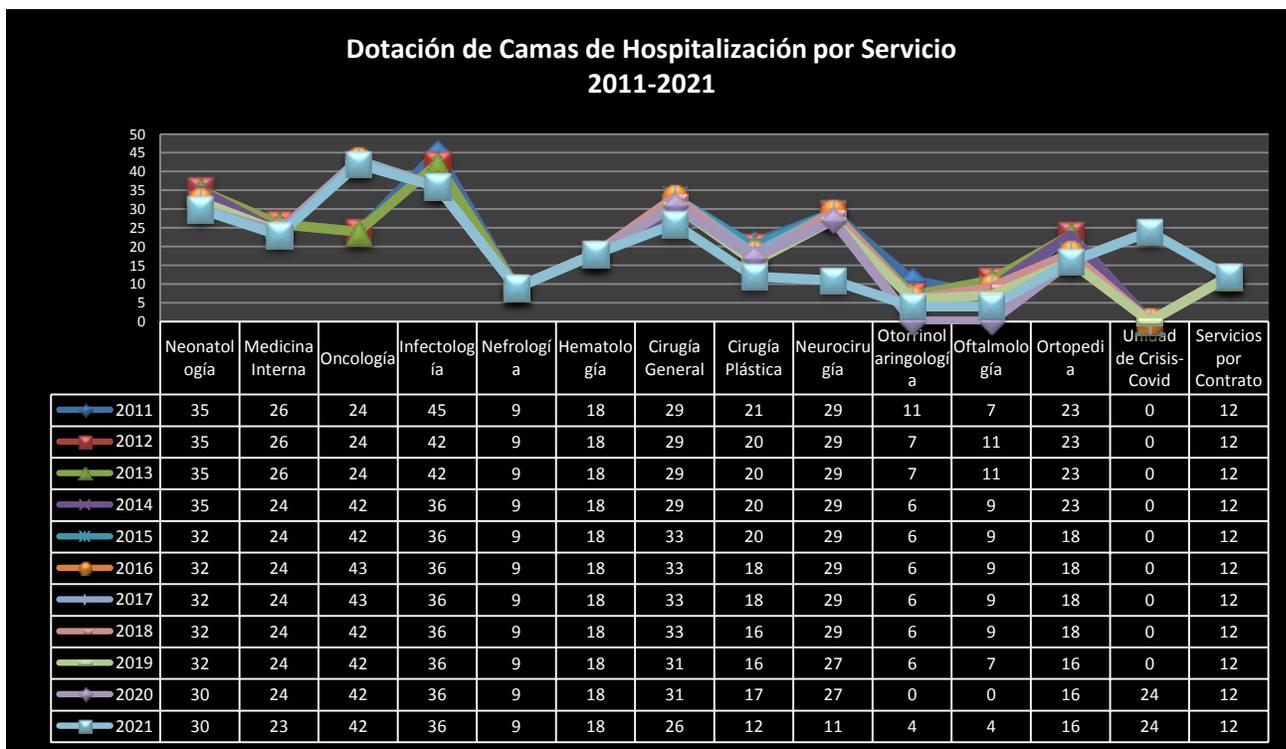
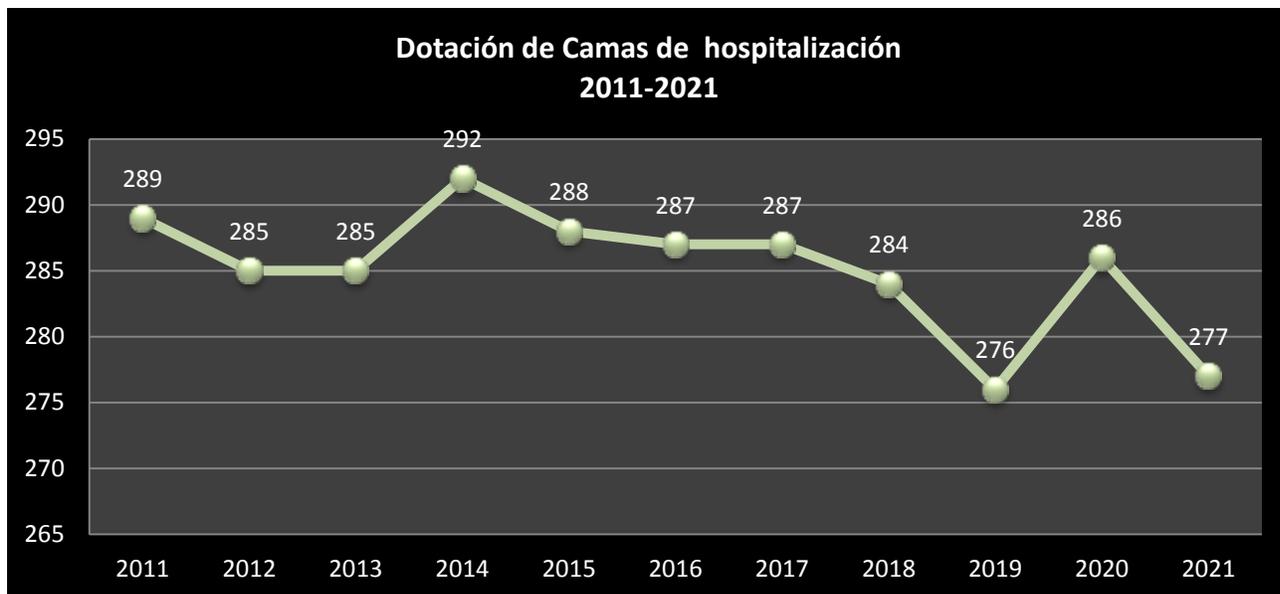
activo fijo), Proyecto de Instalación de Cámaras, así como la actualizaciones y mejoras de los Sistemas de acuerdo a las solicitudes de los usuarios.

### **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 mostraba la estrategia del Hospital a la disminución de 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. Sin embargo, en el 2020 a raíz de la Pandemia Covid, se tuvo que realizar un reajuste en las Dotación de camas y se aumentaron las camas Hospitalarias con la finalidad de estar preparados para afrontar la Epidemia, lo cual impactaba en la Dotación de Camas de Cirugía; porque aunque estuvieran asignadas no podrían ocuparse en base al estándar definido, ya que la Pandemia obligó a suprimir espacios para la atención de servicios de cirugía, dado el cierre de Salas de Operaciones y la Consulta externa, lo cual produjo una reducción de la Producción Quirúrgica de egresos y al mismo tiempo por el distanciamiento social, y la falta de espacios físicos ocupados para atender la Pandemia si produjo una reducción de camas censables de Cirugía y un reordenamiento y reubicación de camas, al grado de que se cerraron dos servicios (oftalmología y Otorrino) y los pacientes de esos servicios se atendieron en otros servicios de Cirugía.

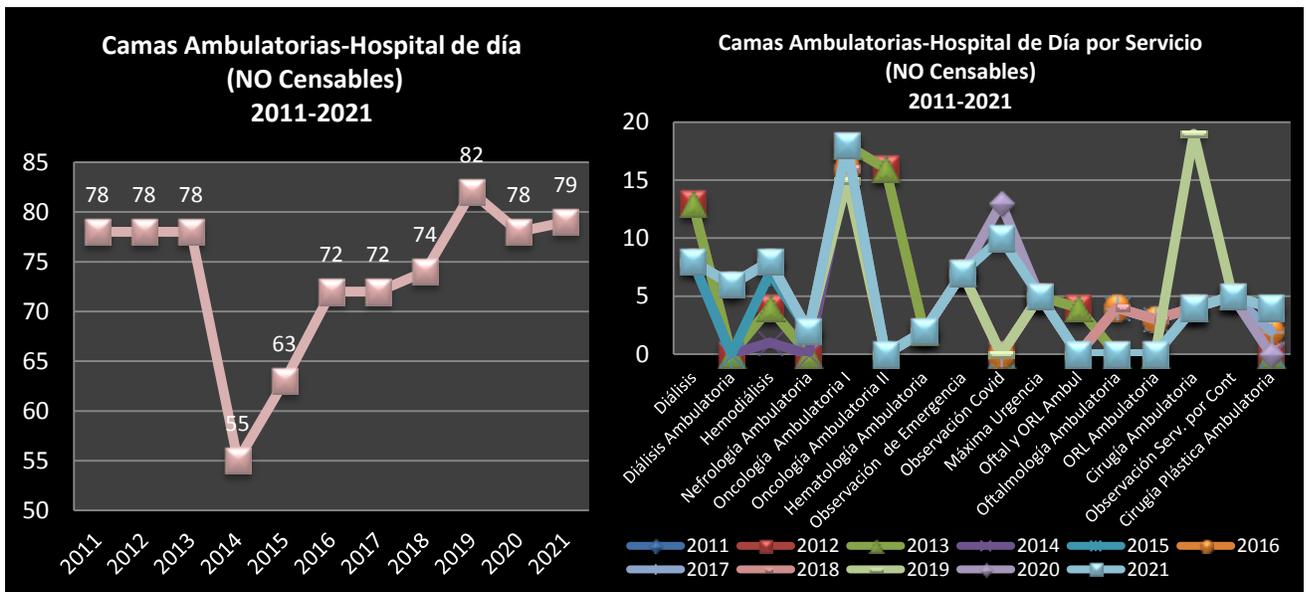
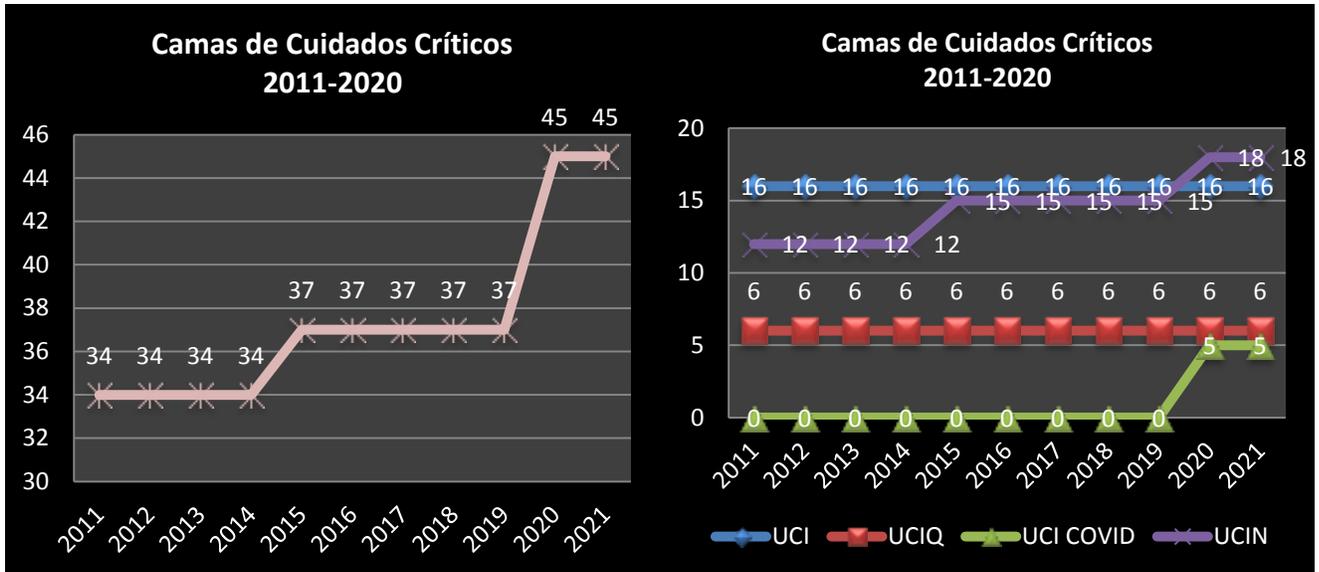
Luego de realizar los análisis pertinentes, basados en la demanda atendida, las condiciones externas, el perfil epidemiológico, la producción de los servicios, y el impacto de la Pandemia Covid-19 así como un posible rebrote y otros aspectos importantes en el funcionamiento hospitalario, se han realizado diversos cambios, los cuales se muestran en los gráficos siguientes y en donde también se refleja la Dotación de Camas con las que se funcionará en el 2021, por lo menos en el primer semestre del año, luego se hará una evaluación y de ser necesario un reajuste en la Dotación de Camas oficial 2021.

Años	Camas Censables	Camas NO Censables			TOTAL CAMAS HOSPITALARIAS
		Cuidados Críticos	Hospital de Día	Total	
2011	289	34	78	112	401
2012	285	34	78	112	397
2013	285	34	78	112	397
2014	292	34	55	89	381
2015	288	37	63	100	388
2016	287	37	72	109	396
2017	287	37	72	109	396
2018	284	37	74	111	395
2019	276	37	82	119	395
2020	286	45	78	123	409
2021	277	45	79	124	401



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 años 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. En los gráficos siguientes se muestra la Dotación de Camas no Censables del Hospital desde 2011 hasta la definida para el 2021, considerando la evolución y efectos de la Pandemia Covid-19:



## 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](http://transparencia.gob.sv)); por la Pandemia Covid, no se ha podido realizar la actualización oficial, sin embargo, a pesar de las limitantes por los efectos del Covid, se siguen ofreciendo los servicios siguientes:

- Servicios de Hospitalización incluyendo el servicio de Covid
- Atenciones en Unidades de Cuidados Críticos, incluyendo el servicio para Covid
- Atención en Hospital de Día
- Atenciones en Emergencia
- Consultas Externa
- Procedimientos e Interconsultas
- Intervenciones Quirúrgicas
- Servicios de Apoyo Diagnostico y Terapéutico
- Laboratorio Clínico
- Laboratorio de Genética
- Centro Nacional de Radioterapia
- 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

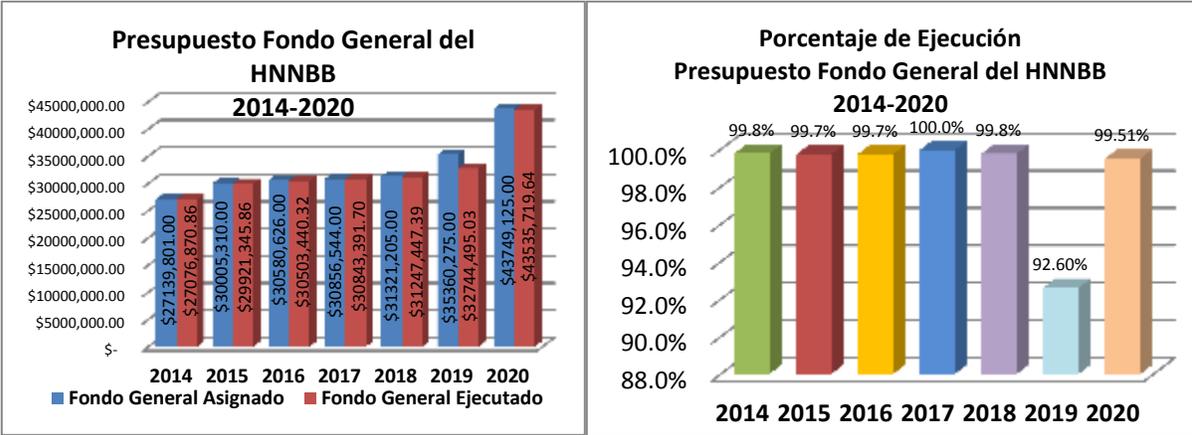
Los presupuestos que se proporcionan para el sector de salud en cualquier parte del mundo, siempre ha sido considerados como insuficientes para cubrir las múltiples necesidades que se tienen para proporcionar una atención con calidad, El Salvador no es la excepción, y se enfrenta a dicha realidad constantemente, y sumado a las condiciones políticas, sociales, económicas y ambientales, propias de un país en vías de desarrollo, en el cual se genera una demanda cada vez más creciente de la población que debe requiere los servicios de salud, con accesibilidad, oportunidad y calidad.

El Hospital aunque es una institución dependiente del MINSAL, tiene su propio presupuesto de funcionamiento, el cual en los últimos años ha sido el que se presenta en el cuadro siguiente:

Años	Fondo General			Fondos Propios		
	Asignado	Ejecutado	% de Ejecución	Asignado	Ejecutado	% de Ejecución
2014	\$ 27139,801.00	\$ 27076,870.86	99.8%	\$ 1892,362.00	\$ 891,545.38	100.0%
2015	\$ 30005,310.00	\$ 29921,345.86	99.7%	\$ 1750,000.00	\$ 749,922.84	100.0%
2016	\$ 30580,626.00	\$ 30503,440.32	99.7%	\$ 1500,000.00	\$ 476,104.00	98.4%
2017	\$ 30856,544.00	\$ 30843,391.70	100.0%	\$ 2183,598.43	\$ 025,717.30	92.8%
2018	\$ 31321,205.00	\$ 31247,447.39	99.8%	\$ 1500,000.00	\$ 366,503.64	91.1%
2019	\$ 35360,275.00	\$ 32744,495.03	92.60%	\$ 2024,533.00	\$ 023,944.56	99.97%
2020	\$ 43749,125.00	\$ 43535,719.64	99.51%	\$ 1500,000.00	\$ 858,133.87	57.21%

Como se evidencia en el cuadro anterior la ejecución presupuestaria promedio ha sido del 2014-2020 ha sido del 98.72.%, lo cual evidencia una excelente ejecución del presupuesto, sin embargo, con respecto a dicha asignación presupuestaria, se evidencia que ha sido relativamente estable del 2016-2018, pues ha tenido un incremento promedio del 1% a excepción del 2014- 2015 que se tuvo un incremento del 10%, del 2018-2019 incremento del 11% y del 2019-2020 que su incremento fue del 19%. Estos datos muestran que el promedio de incremento en de los últimos 7 años ha sido de 7.4%; lo cual denota que a pesar de que las variaciones de la asignación presupuestarias ha sido año con año, el incremento es mínimo y no ha estado en concordancia con las necesidades reales del Hospital, y el aumento solamente responde a una exigencia de ley, dado que el aumento es para cubrir los salarios por la aplicación y cumplimiento de la Ley del Escalafón, lo cual es más evidente en la asignación del presupuesto del 2019-2020, en donde el incremento ha sido del 19%, por el ajuste en la aplicación de la Ley del Escalón, por lo tanto se puede concluir que en términos reales el presupuesto para funcionamiento se ha disminuido y cada vez se vuelve más insuficiente, y sin posibilidad de realizar proyectos de inversión y desarrollo.

La conclusión se puede sustentar al revisar los datos de distribución del gasto, por específico, en donde por ejemplo en el 2020, se evidencia que del presupuesto del Fondo General un promedio del 60% se ejecuta en Recursos humanos, de los cuales el 58% son salarios y el 2% el Bono del personal, y si a esto agregamos que anualmente por ley debiera darse un incremento promedio del 7% como incremento salarial (ley del escalafón), el margen para costos directamente relacionados con la atención, será cada vez menor y si además, se considera el incremento en los bienes e insumos por la inflación y otras variables, la situación para el funcionamiento de vuelve más caótica, y su capacidad de respuesta se ve más limitada hasta para el pago de servicios básicos que cada vez van en aumento, además cada año se incrementan los servicios de vigilancia y limpieza. 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. El 2020 ha sido un año diferente, en cuanto a las asignaciones presupuestarias, se ha tenido mucho apoyo, especialmente en Servicios Profesionales (contratación de Médicos, Enfermería y Paramédicos). En insumos médicos y medicamentos se han asignado fondos para mantener abastecidas las áreas, se ha financiado reparaciones en infraestructura Hospitalaria, Equipamiento Médico, Mobiliario, informática y de confort al personal de Salud y esto por el refuerzo presupuestario recibido, el cual fue por un monto de \$ 1,385,955.00.



## J. Gestión de la Calidad

El Hospital con la finalidad de cumplir con la misión y conforme a instrucciones del ente normativo 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 Institucional, 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 funcionabilidad 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. Por la Pandemia Covid-19, este proceso se ha visto afectado, y no se pudo cumplir con el programa establecido.
- 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.
- 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 debe realizar al menos una medición 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.
- Coordinación de Comités y Comisiones de Trabajo 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, etc. También se ha creado comisiones de trabajo técnico operativos que dan seguimiento a procesos específicos asignados por la Dirección. En el año 2020 el impacto en la gestión del Hospital por el apoyo de los Comités de Seguridad y Salud Ocupacional, como el Comité de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria y el Consejo Estratégico de Gestión, ha sido notoria para el manejo de la Epidemia de Covid-19.
- Desarrollo e implementación de Planes para la Mejora Continua de la Calidad.

### **3. Análisis del Cumplimiento de Metas de Producción y PAOI 2020**

Con el fin de realizar una programación adecuada se efectuó la revisión del cumplimiento del PAOI a septiembre de 2020, el cual incluyó, la revisión y análisis del cumplimiento de las metas de producción y los resultados de la evaluación del PAOI de actividades al tercer trimestre del 2019.

#### **Cumplimiento de Metas de Producción a septiembre de 2020**

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. Los resultados de enero a septiembre de 2020, son los siguientes:

##### **➤ Consulta Ambulatoria a septiembre de 2020**

Al revisar el cumplimiento de la Consulta Ambulatoria, podemos constatar que la consulta de sub especialidades médicas el porcentaje promedio de cumplimiento a septiembre del 2020 ha sido del 32% y en las especialidades quirúrgicas del 26% el resultado se ha visto afectado por la Pandemia Covid-19, dado durante 6 meses su suspendió la atención normal de Consulta Externa y solo se atendió la demanda espontánea y los pacientes con patología crónicas. En las especialidades odontológicas el cumplimiento fue del 29%. En otras atenciones de Consulta Externa, el cumplimiento fue del 11%, por lo que en promedio el resultado obtenido muestra un cumplimiento de la producción de consultas externas de un 25%, lo cual denota una disminución del 60% de la producción, ya que la meta propuesta era del 85%, si consideramos que la meta introducida al SPME se calculó en base al 100% de horas asignadas a la consulta externa, podemos concluir que el resultado institucional obtenido es bajo, y que la Pandemia del Covid, vino a afectar el funcionamiento normal de la Consulta, y que aunque la reincorporación se inicio gradualmente, los resultados de producción muestran una tendencia disminuida, por las ausencias de pacientes y de personal afectado por el Covid. Es importante mencionar que existen 12,204 atenciones médicas que no se han reflejado en la Producción Oficial de Consulta Externa, dado que no se ingresan en los Sistemas oficiales, y son atenciones proporcionadas por telemedicina, una estrategia implementada por el Hospital para atender a la población cuidando la salud y seguridad de los pacientes y el personal..

En relación al cumplimiento del Departamento de Emergencia, el cumplimiento ha sido del 66%, considerando que la meta de Emergencia es un dato de metas de referencia histórica, también ha sido afectado el resultado por la Pandemia del Covid, sin embargo al evaluar el resultado en función del perfil epidemiológico, podemos determinar que aunque ha bajado la producción las causas por las cuales se consulta en el Emergencia, son las mismas que en condiciones de funcionamiento normal del Hospital, a excepción de una disminución en los traumas.

##### **➤ Hospitalización a septiembre de 2020**

En relación al cumplimiento de la producción de egresos hospitalarios se puede evidenciar que los resultados institucionales obtenidos están por abajo del resultado esperado, porque lo programado en el PAOI 2020 fue del 85% y se ha obtenido un resultado institucional de enero a septiembre del 74% de cumplimiento. Los servicios de especialidades médicas, muestran un cumplimiento promedio del 90%, este resultado está arriba de lo esperado, pero 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

e enfermedades infecciosas, sumados los pacientes de Covid. Con respecto a las Especialidades de Cirugía el resultado global es del 66%, lo cual indica que está abajo de la meta programada, esto es razonable, considerando que por la Pandemia Covid, los servicios afectados han sido los quirúrgicos, quienes han cedido algunos espacios y camas para la atención de Covid y por el cierre de la Consulta Externa y Suspensión de Cirugías Electivas, no obstante, es importante realizar un análisis más exhaustivo para determinar el resultado de los servicios de Neurocirugía, que es donde se han estado atendiendo los pacientes de los servicios de Oftalmología y Otorrinolaringología.

Con respecto a las metas de Servicios por Contrato que son los pacientes atendidos de Bienestar Magisterial, el cumplimiento está al 44%, dado que es un servicio de atención a demanda ha sido afectado por las medidas de resguardo domiciliar por la Pandemia Covid.

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.

#### ➤ **Cirugía Mayor**

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 56%, es innegable el efecto de la Pandemia Covid, dado que la producción es generalmente de emergencias quirúrgicas. Es importante destacar, que se ha avanzado en la mejora de los registros, pero aún existen factores que afectan el avance en el establecimiento de una meta en función de la demanda, dado que no se cuenta con suficientes horas quirófanos habilitados, ya que por la pandemia el número de quirófanos funcionando se redujo en un 50%.

#### ➤ **Medicina Crítica**

En el caso de Medicina Crítica, las Unidades de Cuidados Intensivos, muestra un cumplimiento de la meta de transferencias del 94% en relación a las transferencias, el resultado muestra un porcentaje mayor a lo esperado porque al revisar las patologías atendidas aunque son de complejidad el manejo ha permitido una reducción de la estancia promedio y una ocupación mayor de las camas y además porque se han incluido las transferencias generadas en las 5 camas habilitadas para la atención de pacientes por Covid y el incremento de pacientes neonatos críticos.

En relación a las atenciones de medicina crítica de emergencia se evidencia una disminución en las atenciones en relación a la normalidad de la atención, por la pandemia Covid, lo cual se ve reflejado en el cumplimiento del dato de referencia estimado como meta que es de un 96%, en relación a los pacientes admitidos en la observación, de los cuales se ingresado un 91, que es el dato reflejado en el cumplimiento de la producción de transferencias. Con respecto a las atenciones de máxima urgencia, el cumplimiento ha sido del 53% en relación a lo estimado lo cual se realizó en base a datos históricos con los cuales no se tenía un sub registro, lo cual evidencia que se ha venido mejorando en la calidad del dato.

➤ **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. Es importante destacar que a fin de mejorar los resultados de la gestión en el Laboratorio se modificó el reporte de Control de Calidad, el cual en años anteriores se acumulaba en la producción de Emergencia.

➤ **Servicios Diagnósticos Imagenología y Tratamiento**

En relación a los servicios diagnósticos, como imagenología, anatomía patológica y otros servicios diagnósticos, 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.

En los resultados a septiembre de 2020, se evidencia porcentaje de cumplimiento en un promedio entre 30 y 40 por ciento abajo de lo esperado, lo cual es congruente con el efecto de la Pandemia Covid-19 que afectó la atención de los Servicios Finales, que son los que demandan la atención de los servicios terapéuticos. Sin embargo, siempre es importante realizar el 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 es del 29%, lo cual está adecuado, ya que el resultado responde a las variaciones en los días de estancia y a la producción de egresos, la cual ha sido disminuida por la Pandemia Covid-19.

En relación a los datos de lavandería se muestra un cumplimiento del 35%. Es importante mencionar que la producción de lavandería también se ha disminuido, sin embargo se debe tener claro que la producción de este servicio es superior a la reportada en el SPME, dado que produce para apoyar a establecimientos de la red, así como también para los servicios complementarios y en pequeñas proporciones en servicios administrativos del Hospital, sin embargo, para efectos de evaluación en el 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.

El cumplimiento de la Metas de Mantenimiento Preventivo obtenido ha sido del 44%, al igual que otros servicios sean visto afectados por la Pandemia, lo cual no significa que no se ha producido sino que pesar de 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, personal en resguardo domiciliario, etc), la producción realizada no se considera como mantenimiento preventivo, ya que lo realizado es el mantenimiento correctivo. Para lograr mejores resultados es necesario reforzar el áreas a fin de satisfacer la demanda de atención de órdenes, en las diferentes instalaciones del Hospital.

En cuanto al servicio de Transporte el cumplimiento fue del 84%, lo cual dentro de lo esperado a pesar de las fallas en los vehículos por la obsolescencia.

### Cumplimiento de Actividades de Gestión Operativa 2020

N° Corr Actividades		Resultado esperado(según formulario Programación anual y Seguimiento)	Porcentaje de Cumplimiento			
			1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	Promedio
1	1.1	Resultado Esperado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional	89	89	82	87
2	2.1	Resultado esperado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción	91	38	84	71
3	2.2	Resultado esperado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial	50	100		75
4	2.3	Resultado esperado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	100	100	67	89
5	3.1	Resultado esperado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional			0	0
6	4.1	Resultado esperado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	100		33	67

N° Corr Actividades		Resultado esperado(según formulario Programación anual y Seguimiento)	Porcentaje de Cumplimiento			
			1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	Promedio
7	5.1	Resultado esperado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	91	50	100	80
8	6.1	Resultado esperado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente				
9	6.2	Resultado esperado: Realizar vigilancia de las condiciones ambientales para contribuir a la protección de la salud de la población y cuidado del medio ambiente	100		100	100
10	7.1	Resultado esperado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	61		22	42
11	8.1	Resultado esperado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa	45	65	71	60
12	9.1	Resultado esperado: Dar respuesta oportuna a las demanda de pacientes infectados por el Covid-19, en base a la capacidad de respuesta y protocolos establecidos	100	100	100	100
<b>Porcentaje de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos</b>			<b>83</b>	<b>79</b>	<b>51</b>	<b>71</b>
<b>Porcentaje de Cumplimiento de los Resultados Esperados</b>			<b>83</b>	<b>76</b>	<b>66</b>	<b>75</b>

Fuente: Registros de Evaluación Realizado en 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 los resultados esperados se han cumplido en un 75%, este resultado especialmente por los efectos de la Pandemia Covid, incluye actividades que se han incorporado, actividades que no se han evaluado, otras que se han eliminado y algunas reprogramadas para el 4° trimestre o a programarse en el año 2021,

El cumplimiento de algunas actividades se ha visto afectado entre otras razones por la carga de actividades emergentes suscitadas por la Pandemia de Covid-19, y que han sido requeridas tanto al interior del hospital, como por requerimientos del MINSAL, o lineamientos gubernamentales. 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 para el funcionamiento Hospitalario.

#### **4. Análisis del Resultado de los Indicadores a Septiembre de 2020**

Los indicadores analizados en el Hospital son los requeridos por el MINSAL, e incluye los indicadores reportados en el SPME, a excepción de las referencias y retornos. Algunos de los estándares de medición de los indicadores definidos por el MINSAL no son aplicables al Hospital dada la complejidad de las atenciones y las agrupaciones para generar los resultados. Es importante mencionar que el Monitoreo de los indicadores de gestión se realiza mensualmente y dado que están íntimamente relacionados con la producción hospitalaria, los resultados a septiembre de 2020, dado los efectos de la Pandemia Covid en el funcionamiento del Hospital, muestra una clara desviación, ya que casi todos están fuera del estándar esperado; por lo que se vuelve complicado realizar un análisis en comparación con años anteriores al igual que con el estándar establecido.

#### **5. Identificación de Problemas y/o Necesidades**

En el Hospital como en cualquier establecimiento se enfrentan muchos problemas y necesidades entre los problemas y/o necesidades se encuentran:

- a) Problemas y Necesidades de demanda
  - 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).
  - Sobredemanda de atención para las Unidades de Cuidados Intensivos.
  - Pacientes con patologías con tratamientos con elevado costo y permanentes: Pacientes Hemofílicos, Cirugía Cardiovascular, Insuficiencia Renal, Oncológicos, Pacientes con Malformaciones Complejas, Neonatos Prematuros etc.
  - Aumento de pacientes de estancia prolongada: prematuros, tumores, quemaduras, malformaciones congénitas etc.
  - Pacientes con mayor requerimiento de Cuidados Paliativos.
  - Sobredemanda de pacientes referidos de otros hospitales.
  - Incremento de la población mayor de 12 años que requieren una atención especializada en enfermedades no transmisibles crónicas y degenerativas.
  - Prevalencia de morbi-mortalidad debido a lesiones de causa externa secundarias a la violencia, quemaduras, mordeduras por animales y enfermedades crónicas y agudas emergentes.
  - Sobre demanda de servicios de apoyo y diagnósticos.
  - Aumento de pacientes con Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria
  
- b) Problemas y Necesidades de Oferta
  - Presupuesto limitado para dar respuesta a los problemas sanitarios identificados
  - Limitaciones de espacios físicos para ampliación de oferta.
  - Recurso humano con enfermedades crónicas, de edad avanzada y pensionados e insuficiente en áreas específicas del hospital
  - Falta de actualización e implementación de guías de atención y/o protocolos de especialidades médicas.

- Transporte de ambulancias insuficiente.
  - Limitada capacidad resolutive frente a la creciente demanda de pacientes de más de 12 años con patologías crónicas que requieren atención.
  - Dificultad con proveedores en suministrar insumos requeridos.
  - Déficit de Camas en algunos períodos del año
  - Temor que afecta el compromiso y disposición del personal.
  - Equipo obsoleto o que ya finalizó su vida útil
- c) Problemas y Necesidades de Gestión
- Deficiente proceso de generación, procesamiento, divulgación y análisis de la información para la toma de decisiones
  - Deficiente Plan de Desarrollo de Recursos Humanos
  - Tiempo de Espera prolongados
  - Deficiente Calidad de la atención
  - Falta de liderazgo y capacidad gerencial.
  - Cultura organización débil con evasión de responsabilidad, desinterés y desmotivación laboral en algún personal hospitalario
  - Deficiente trabajo en equipo
  - Duplicidad en el llenado de formas administrativos
  - Inadecuado seguimiento, control y evaluaciones de planes operativos
  - Deficiencia en el proceso de comunicación institucional
  - Falta de integración de los procesos
  - Falta de continuidad en la elaboración y seguimiento de planes de mejora
  - Limitada producción de investigación científica
  - Falta de actualización, desconocimiento y aplicación de normativas vigentes para los procesos de gestión
  - Clima laboral con deficiencias en algunas áreas
  - Trabajo por Funciones y no por Gestión por Procesos

#### **d. Análisis FODA** **(Diagnóstico Institucional 2020)**

Luego de la identificación de los problemas en forma general, con la finalidad de realizar un mejor diagnóstico de la situación actual del Hospital, se realizó el análisis con la metodología FODA, definiendo la identificación de Fortalezas, debilidades y amenazas en 12 rubros (Capital humano, Equipamiento-Insumos, Infraestructura, Información, Recursos Financieros, Imagen y Comunicación, Gestión, Organización, Desarrollo Profesional, Seguimiento y Evaluación, Atención Directa, Emergencia y Desastres); obteniendo el resultado que se detalla en el cuadro siguiente:

<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<b>CAPITAL HUMANO</b>			
<b>Recursos humanos profesionales, especializados, con identidad institucional, alta capacidad técnica</b>	Deficiente calidez en la atención.	Fortalecer la capacidad gerencial de las jefaturas a fin de generar los liderazgos requeridos.	Enfermedades epidemiológicas y ocupacionales que afectan al personal.

<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<b>administrativa y de gestión interinstitucional.</b>			
	Limitada inversión en el desarrollo y capacitación del capital humano.		
	Recurso humano insuficiente en ciertas áreas.		
	Recurso humano con enfermedades crónicas, de edad avanzada y pensionados.		
	Clima laboral conflictivo en algunas áreas.		
	Falta de liderazgo y capacidad gerencial.		
	Remuneración y función no acorde al nombramiento de personal en algunos recursos.		
	Desmotivación laboral en algunas áreas y falta de interés en capacitación en Tecnología informática.		
	Desconocimiento y deficiente aplicación de las normativas.		
	Deficiente Plan de Desarrollo de Recursos Humanos.		
<b>EQUIPAMIENTO / INSUMOS</b>			
<b>Modernización de Comunicaciones a Tecnología IP y DICOM.</b>	Algunos equipos con vida útil finalizada.	Convenios de Cooperación internacional e interinstitucional.	Mercado reducido de productos y servicios.
<b>Equipo Biomédico de Alta Tecnología.</b>	Falta de equipamiento	Compra de servicios de tecnología avanzada	

<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
	informático para la implementación de Sistemas digitalizados.	con equipo en comodato.	
<b>Tecnología avanzada en los servicios de apoyo diagnóstico.</b>		Adquisición de equipos médicos.	
<b>INFRAESTRUCTURA</b>			
<b>Alojamiento temporal para padres de pacientes.</b>	Dificultad para el traslado de pacientes, entre el Anexo y Torre.	Apoyo para la realización de proyectos de renovación y sustitución de equipos, remodelación y ampliación de instalaciones.	
<b>Instalaciones adecuadas para el funcionamiento operativo.</b>	Parqueos insuficientes y dificultad de acceso a las instalaciones hospitalarias por ventas ambulantes, vehículos y otros.		
	No hay un área habilitada para alimentación del personal, en algunas áreas.		
	Limitado espacio físico y hacinamiento en algunas áreas.		
	Deterioro de la infraestructura en algunas áreas, por limitado mantenimiento.		
<b>INFORMACIÓN</b>			
<b>Sistemas Informáticos de Información para los Procesos, acordes a las necesidades de las unidades ejecutoras.</b>	Retraso en la generación de información.	Lineamientos de RIIS para la desconcentración de pacientes.	
<b>RECURSOS FINANCIEROS</b>			
<b>Presupuesto Institucional.</b>	Utilización de Fondos Propios para cubrir gastos de	Gestión de una mejor asignación presupuestaria.	Asignación Presupuestaria que no

<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
	operación y no de inversión.		responden a las necesidades reales.
	Falta de coordinación y seguimiento para la Gestión de Suministros y Abastecimiento.	Integrar los procesos de Gestión de Compra, Suministros y Abastecimiento.	Disminución de la recaudación fiscal que puede provocar una reducción en el Presupuesto.
<b>IMAGEN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>Buen prestigio institucional con base a resultados.</b>	Falta de compromiso por parte del usuario interno para mantener y desarrollar la imagen institucional.	Comunicación con el MINSAL para la integración de los procesos.	Uso inadecuado de redes sociales.
<b>Redes Sociales y Página Web institucional.</b>	Deficiente traslado de las ordenes a ejecutar entre jefaturas y subalternos.	Utilización de Redes Sociales para promover la gestión.	Señalamientos negativos a la institución por los medios de comunicación y redes sociales.
		Actualización creativa de la Página Oficial del Hospital.	
		Plataforma de Transparencia en funcionamiento.	
<b>GESTIÓN</b>			
<b>Gestión continua de la calidad con apoyo de los comités institucionales.</b>	Gestión por Funciones y no por Procesos.	Fortalecimiento de una cultura de gestión de la calidad.	Referencia de pacientes de otros niveles de atención que no corresponden al III nivel.
	Falta de responsabilidad de algunas jefaturas para asumir sus funciones.	Responsabilidad social empresarial hacia la función del Hospital.	
	Burocracia en procesos administrativos.		
<b>ORGANIZACIÓN</b>			
<b>Estructura Organizativa acorde al funcionamiento.</b>	Cultura organizacional débil	Fortalecimiento de las TIC para la creación de	Legislación burocrática.

<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
	con evasión de responsabilidad.	software que permita ordenar los procesos.	
<b>Plataforma Documental Institucional.</b>	Inadecuado seguimiento, control y evaluaciones de planes operativos.	Desarrollar un Sistema integrado para la administración del recurso humano.	Reducción de número de plazas y procesos burocráticos para la contratación de nuevos recursos.
	En algunas áreas, no se cuenta con Manuales de Procesos y Procedimientos.		
	Falta de actualización de Guías clínicas de Atención.		
<b>DESARROLLO PROFESIONAL</b>			
<b>Función como hospital escuela para el desarrollo profesional.</b>	Poca asistencia a actividades de capacitación.	Convenios para el desarrollo profesional según prioridades.	Requerimiento frecuente de personal para actividades externas a la institución.
	Limitada producción de investigación científica.		
<b>SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b>			
<b>Desarrollo de sistema de auditoria de morbimortalidad infantil institucional e interinstitucional.</b>	Falta de supervisión en la aplicación de la Política de Ahorro.	Apoyos para analizar e identificar los factores que obstaculizan la gestión ambiental del hospital y establecer un Plan de Intervención.	
<b>Desarrollo funcional acorde a normativas</b>	Deficiente seguimiento de planes de mejora en algunas áreas.		
<b>Desarrollo del Plan de Supervisión y evaluación de la Gestión Operativa.</b>			
<b>ATENCION DIRECTA</b>			

<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<b>Desarrollo de jornadas médico quirúrgicas.</b>	Oferta de Servicios limitada en función de la demanda y recursos disponibles (Afluencia de pacientes de otros niveles y pacientes que ya pasaron la edad y/o por cumplimiento de medidas de bioseguridad por COVID-9).	Apoyos para las iniciativas de creación de leyes para procurar nuestra oferta de servicios.	Epidemias de enfermedades emergentes.
<b>Tratamiento temprano con radioterapia para pacientes con patologías oncológicas.</b>	Tiempos de espera prolongados para la consulta de primera vez en algunas especialidades.	Capacidad para generar nuevas alianzas estratégicas interinstitucionales para la prestación de servicios.	Vulnerabilidad medioambiental.
<b>Oferta de Servicios especializados de tercer nivel con calidad y accesibilidad 24/</b>		Ampliación de cobertura de servicios Diagnósticos.	Fallas en el suministro eléctrico.
<b>Funcionamiento de Call center y Telemedicina.</b>		Ampliar la cobertura de atención de servicios por medio de consulta escalonada.	Aumento de las enfermedades crónicas en la población pediátrica.
		Desarrollo de teletrabajo.	Estancias prolongadas por patologías crónicas.
			Contexto de Violencia en el país.
<b>EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>			
<b>Capacidad de respuesta para situaciones de emergencia y desastres.</b>	Plan de Emergencia en proceso de actualización.	Apoyos para analizar y evaluar la vulnerabilidad a la que se ve expuesto el hospital en situaciones de emergencia.	Cumplimiento de medidas de bioseguridad en el contexto de la Pandemia COVID-19.
	Falta de infraestructura móvil contingencial. (gestionar con gobierno central).		

Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
	Temor que afecta el compromiso y disposición del personal.		

### e) Priorización de Problemas

De acuerdo al diagnóstico realizado se ha considerado que los problemas a enfrentar en el 2021, son los identificados como las debilidades por lo que para priorizarlas se ha utilizado la metodología de Hanlon, y en la tabla siguiente se muestran las calificaciones:

Problemas	Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					Calificación	
				Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad		
				(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)		
<b>Nº</b>	<b>a) Problemas en relación a la demanda</b>									
<b>1</b>	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	2	0.5	1	0	1	1	1	<b>0</b>
<b>2</b>	Sobredemanda de atención para las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales	9	9	0.5	1	0	1	1	1	<b>0</b>
<b>3</b>	Pacientes con patologías con tratamientos con elevado costo y permanentes: Pacientes Hemofílicos, Cirugía Cardiovascular, Insuficiencia Renal, Oncológicos, Pacientes con Malformaciones Complejas, Neonatos, Prematuros, VIH etc.	8	9	1.2	1	1	1	1	1	<b>20.4</b>
<b>4</b>	Aumento de pacientes de estancia prolongada: prematuros, tumores, quemaduras, malformaciones congénitas, trauma, etc.	10	8	1	1	0	1	1	1	<b>0</b>
<b>5</b>	Pacientes con mayor requerimiento de Cuidados Paliativos.	8	8	1	1	1	1	1	1	<b>16</b>
<b>6</b>	Sobredemanda de pacientes referidos de otros hospitales.	5	5	1	1	1	1	1	1	<b>10</b>

Problemas		Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					Calificación
					Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	
					(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	
7	Incremento de la población mayor de 12 años que requieren una atención especializada en enfermedades no transmisibles crónicas y degenerativas.	2	2	1	1	0	0	1	1	0
8	Prevalencia de morbi-mortalidad debido a lesiones de causa externa secundarias a la violencia, quemaduras, mordeduras por animales y enfermedades crónicas y agudas emergentes.	8	8	1	1	1	1	1	1	16
9	Sobre demanda de servicios de apoyo y diagnósticos.	9	9	1.5	1	1	1	1	1	27
10	Aumento de pacientes con Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.	6	6	1.5	1	1	1	1	1	18
<b>b) Problemas en relación a la Oferta</b>										
11	Presupuesto limitado para dar respuesta a los problemas sanitarios identificados.	10	10	0.5	1	0	1	1	1	0
12	Limitaciones de espacio físico para ampliación de oferta y reducción del Hacinamiento	8	8	0.5	1	0	0	1	1	0
13	Recurso humano con enfermedades crónicas, de edad avanzada y pensionados e insuficiente personal en áreas específicas del hospital.	10	10	0.5	1	1	1	1	1	10
14	Falta de actualización e implementación de guías de atención y/o protocolos de especialidades médicas.	10	10	1.5	1	1	1	1	1	30
15	Equipo obsoleto o que ya finalizó su vida útil	8	8	1	1	1	1	1	1	16
16	Transporte de ambulancias insuficiente.	8	8	1	1	0	1	1	1	0
17	Limitada capacidad resolutive frente a la creciente demanda de pacientes de más de 12 años con patologías crónicas que requieren atención.	8	8	1	1	0	1	1	1	0
18	Déficit de camas Cuidados Intensivos Neonatales	8	8	0.5	1	0	0	1	1	0

Problemas		Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					Calificación
					Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	
					(0-10)	(0-10)	(0.5-1.5)	(0-1)	(0-1)	
19	Falta de habilitación de quirófanos por déficit de personal e enfermería y anestesia	9	9	1	1	0	1	1	1	0
20	Dificultad con proveedores en suministrar insumos requeridos.	7	7	1	1	1	1	1	1	14
21	Difícil de camas en algunos periodos del año	8	9	1	1	1	1	1	1	17
22	Temor que afecta el compromiso y disposición del personal.	8	8	1	1	1	1	1	1	16
<b>c) En relación a la Gestión</b>										
23	Deficiente proceso de generación, procesamiento, divulgación y análisis de la información para la toma de decisiones	9	7	1.5	1	1	1	1	1	24
24	Deficiente Plan de Desarrollo de Recursos Humanos	10	9	1.5	1	1	1	1	1	28.5
25	Tiempo de Espera prolongados	9	9	1.5	1	1	1	1	1	27
26	Deficiente Calidez en la Atención	9	9	1.2	1	1	1	1	1	21.6
27	Falta de liderazgo y capacidad gerencial	8	8	1.5	1	1	1	1	1	24
28	Cultura organización débil con evasión de responsabilidad, desinterés y desmotivación laboral en algún personal hospitalario	10	10	1	1	1	1	1	1	20
29	Deficiente trabajo en equipo	10	10	1	1	1	1	1	1	20
30	Inadecuado seguimiento, control y evaluación de los planes operativos	8	8	1.5	1	1	1	1	1	24
31	Deficiencia en el proceso de comunicación institucional	8	8	1.5	1	1	1	1	1	24
32	Falta de integración de los procesos	10	10	1.5	1	1	1	1	1	30
33	Falta de Continuidad en la elaboración y seguimiento de planes de mejora	10	10	1.5	1	1	1	1	1	30
34	Limitada producción de investigación científica	8	7	1.5	1	1	1	1	1	22.5
35	Falta de actualización, desconocimiento y aplicación de normativas vigente para los procesos de gestión	6	7	1.5	1	1	1	1	1	19.5

Problemas		Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					Calificación
					Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	
					(0-10)	(0-10)	(0.5-1,5)	(0-1)	(0-1)	
36	Clima laboral con deficiencias en algunas áreas	10	10	1.5	1	1	1	1	1	30
37	Trabajo por Funciones y no por Gestión por Procesos	10	10	1.5	1	1	1	1	1	30

**La fórmula utilizada en la tabla es la siguiente.**

(Magnitud+Severidad) x Efectividad x Factibilidad

#### **Puntuación del Hanlon**

Una vez introducidos los valores para cada una de las dimensiones, se calculará automáticamente el valor para cada problema

Para establecer la priorización se califica los problemas definidos en la Columna B, completando los valores de las dimensiones del Método Hanlon, siguiendo las instrucciones siguientes:

#### **Magnitud**

Número de personas afectadas. Definir cómo vamos a dar la puntuación entre 0 y 10 según la magnitud del problema: ¿Cuántas personas están afectadas? ¿Valoraremos de alguna forma si existe algún sector poblacional especialmente afectado?

Valoración del 0-10, siendo 0 poca magnitud y 10 mucha magnitud

#### **Severidad**

Podríamos utilizar datos objetivos de los sistemas de información (mortalidad, morbilidad, datos sobre conductas de salud) o pueden utilizarse datos subjetivos

Por ejemplo ¿De cuántas muertes prematuras estamos hablando? ¿Qué impacto en calidad de vida tiene a nivel individual, familiar, social?

¿Es este problema más importante entre determinados sectores de la población?

Valoración del 0 al 10, siendo 0 poca severidad y 10 mucha severidad

#### **Efectividad**

Se puntuaría la capacidad que tenemos de actuar sobre ese problema (si el problema es fácil o difícil de solucionar)

Valoración del 0,5 al 1,5, siendo 0,5 muy difícil la actuación y 1,5 muy fácil la actuación

#### **Factibilidad**

Incluye varias dimensiones a las que se respondería Sí o No. Si se responde Sí se le otorga un 1 y si se responde No se otorga un 0

Esto quiere decir que si alguna de las dimensiones es negativa automáticamente (al multiplicar en la fórmula) el problema tiene mala priorización

Pertinencia: ¿Es pertinente, es oportuna, es conveniente actuar sobre esto ahora mismo?

Economía ¿Tenemos fondos para ello?

Problemas	Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					Calificación
				Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad	
				(0-10)	(0-10)	(0.5-1,5)	(0-1)	(0-1)	
<b>Referencias</b> <a href="#">El método de Hanlon para la determinación de prioridades. Zulema Josefina Fuentes</a> <a href="#">Diagnóstico comunitario de la situación de salud. Rafael Borroto Chao y Margarita Liz Álvarez</a> <a href="#">Guía para el diagnóstico local participativo de la Organización Panamericana de la Salud</a>  Elaboración: Consejo Estratégico de Gestión-Reunión 05-01-2021									

RESULTADOS DE LA PRIORIZACION		
N°	Problemas	Calificación
1	Falta de integración de los procesos	30
2	Falta de Continuidad en la elaboración y seguimiento de planes de mejora	30
3	Falta de actualización e implementación de guías de atención y/o protocolos de especialidades médicas.	30
4	Clima laboral con deficiencias en algunas áreas	30
5	Trabajo por Funciones y no por Gestión por Procesos	30
6	Deficiente Plan de Desarrollo de Recursos Humanos	28.5
7	Tiempo de Espera prolongados	27
8	Sobre demanda de servicios de apoyo y diagnósticos.	27
9	Deficiente proceso de generación, procesamiento, divulgación y análisis de la información para la toma de decisiones	24
10	Falta de liderazgo y capacidad gerencial	24
11	Inadecuado seguimiento, control y evaluación de los planes operativos	24
12	Deficiencia en el proceso de comunicación institucional	24
13	Limitada producción de investigación científica	22.5
14	Deficiente Calidez en la Atención	21.6
15	Pacientes con patologías con tratamientos con elevado costo y permanentes: Pacientes Hemofílicos, Cirugía Cardiovascular, Insuficiencia Renal, Oncológicos, Pacientes con Malformaciones Complejas, Neonatos, Prematuros, VIH etc.	20.4

#### IV. Objetivos Generales del Plan Operativo Anual 2021

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, con transparencia, eficiencia y efectividad.

##### 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. Valoración de Riesgos 2020-2021

N°	1. Proceso	2. Riesgo Identificado	3. Probabilidades de Ocurrencia F	4. Magnitud del Impacto del Riesgo I	5. Exposición al Riesgo (F x I)	6. Acciones para el Control de Riesgo	7. Responsable
1	Administración Hospitalaria	Accidentes viales para pacientes y empleados, debido a la ubicación de ambos edificios.	3	3	9	Gestionar la construcción de una pasarela que comunique ambos edificios.	Director
2		Dificultad de acceso a las instalaciones del hospital debido a ventas en las aceras y estacionamiento de vehículos.	2	2	4	Gestionar con las instancias pertinentes el reordenamiento de los accesos al hospital.	Jefe División Administrativa
2.1						Optimización de los espacios disponibles para parqueos.	Jefe División Administrativa

N°	1. Proceso	2. Riesgo Identificado	3. Probabilidades de Ocurrencia F	4. Magnitud del Impacto del Riesgo I	5. Exposición al Riesgo (F x I)	6. Acciones para el Control de Riesgo	7. Responsable
2.2						Establecer, socializar e implementar la Normativa para la administración de los parqueos.	Director
3		Incremento del Gasto corriente, debido a la falta de aplicación de la Política de Ahorro.	3	2	6	Gestionar y/o Establecer una política de ahorro institucional.	Subdirector
3.1						Socializar la Política de Ahorro Institucional.	Jefe Unidad Jurídica
3.2						Implementar la política de ahorro institucional.	Jefes de Dependencias
4		Insatisfacción del personal debido a que no hay un área habilitada para alimentación.	2	2	4	Habilitar un área adecuada para alimentación personal.	Subdirector
4.1						Ofertar las cafeterias del hospital para mejorar la calidad de los alimentos y garantizar un espacio adecuado para funcionamiento.	Jefe División Administrativa
5		Limitación en la adquisición de bienes y servicios debido a una asignación presupuestaria baja y/o por limitado ofertantes y/o por Falta de coordinación y seguimiento para la Gestión de Suministros y Abastecimiento.	3	3	9	Presentar un Análisis Financiero Institucional, cada mes.	Jefe UFI
5.1						Realizar un análisis de los consumos de los insumos de todos los servicios.	Jefe División Administrativa
5.2						Establecer e implementar un Plan de Acción para la Distribución y Uso Racional de los Insumos.	Jefe División Administrativa
5.3						Desarrollar e implementar la digitalización del Proceso de Gestión de Compras.	Jefe Depto de Informática

N°	1. Proceso	2. Riesgo Identificado	3. Probabilidades de Ocurrencia F	4. Magnitud del Impacto del Riesgo I	5. Exposición al Riesgo (F x I)	6. Acciones para el Control de Riesgo	7. Responsable
5.4						UFI debe presentar un informe escrito mensual sobre la disponibilidad presupuestaria para compras, para fomentar una adecuada gestión del Plan Anual de Compras y Programación de la Ejecución Presupuestaria (3er día hábil de cada mes).	Jefe UFI
5.5						Actualizar el Inventario de Ofertantes y comunicarlo a las áreas correspondientes.	Jefe UACI
5.6						Desarrollar e Implementar un Proceso de Seguimiento y Verificación del Pago a Proveedores.	Jefe UFI
5.7						Monitorear el Proceso de Seguimiento y Verificación del Pago a Proveedores (De ser necesario realizar las adecuaciones pertinentes).	Jefe UFI
6		Probabilidad de error al realizar las actividades, debido a falta de Procesos y Procedimientos definidos.	2	2	4	Actualizar y socializar el Plan Institucional para el Levantamiento de Procesos.	Subdirector
6.1						Implementación de la Gestión por Procesos.	Jefe UOC
7		Insatisfacción del personal debido al hacinamiento y a la acumulación de equipo y mobiliario obsoleto.	2	2	4	Reordenamiento de los espacios para Despensa de insumos (stock), pedidos y revisión de las existencias en los servicios asistenciales.	Jefe Médico y de Enfermería de cada Dependencia
7.1						Implementación de Inventario de la Despensa por Dependencia (6 meses).	Jefe Médico y de Enfermería de cada Dependencia

N°	1. Proceso	2. Riesgo Identificado	3. Probabilidades de Ocurrencia F	4. Magnitud del Impacto del Riesgo I	5. Exposición al Riesgo (F x I)	6. Acciones para el Control de Riesgo	7. Responsable
7.2						Gestionar las entregas escalonadas de los insumos (incluir en las bases de licitación o términos de referencia o condiciones), según el tipo de contratación.	Director
7.3						Establecer y/o gestionar el espacio para el almacenamiento de mobiliario y equipo obsoleto.	Jefe División Administrativa
7.4						Retiro de mobiliario y equipo obsoleto, para proceder a realizar transferencias y/o permutas, sujeto al otorgamiento de espacio para almacenamiento.	Coordinador de Activo Fijo
7.5						Corformar Comisiones de Permuta y Peritaje para descarte de mobiliario y equipo obsoleto.	Subdirector
7.6						Gestionar y efectuar Transferencias del mobiliario y equipo obsoleto.	Director
7.7						Gestionar y efectuar Permutas del mobiliario y equipo obsoleto.	Comisión de Permuta
7.8						Implementar el Control Digital de Stock en las Dependencias que poseen dispensa.	Jefes de División Enfermería, Médica y Quirúrgica
8		Riesgo de accidente por deficiencia en la infraestructura de algunas áreas del Edificio Anexo.	3	3	9	Gestionar la evaluación estructural de la infraestructura del Edificio Anexo.	Director y Equipo de Proyectos
8.1						Gestionar los apoyos para resolver las deficiencias en infraestructura, según los resultados de la evaluación.	Director y Equipo de Proyectos

N°	1. Proceso	2. Riesgo Identificado	3. Probabilidades de Ocurrencia F	4. Magnitud del Impacto del Riesgo I	5. Exposición al Riesgo (F x I)	6. Acciones para el Control de Riesgo	7. Responsable
9	Atención Directa	Atención deficiente debido a catástrofes por la vulnerabilidad medioambiental o por epidemias o por fallas en el suministro eléctrico.	2	3	6	Actualizar y socializar el Plan de Emergencia Institucional.	Jefe UOC
9.1						Implementar el Plan de Emergencia Institucional.	Jefe UOC
9.2						Actualizar y/o elaborar Plan Contingencial específico por Epidemia, cuando sea requerido.	Director
10		Deficiencia en la atención del paciente debido a los tiempos prolongados de las citas para Consulta Externa o Cirugías Electivas, por sobredemanda de referencias de pacientes que deben ser atendidos en otros niveles de atención.	3	3	9	Gestión para la contratación de médicos en las especialidades donde sea necesario.	Jefes de Consulta Externa Médica y Quirúrgica
10.1						Redistribución de los tiempos por actividad del personal médico. (Hacer énfasis en los tiempos para producción, Investigación y Comités).	Jefes de Consulta Externa Médica y Quirúrgica
10.2						Hacer efectivo el proceso de Referencia, Retorno e Interconsulta a la RIIS.	Jefe UOC
10.3						Hacer efectivo el traslado de los pacientes mayores de 18 años a la RIIS.	Jefe UOC
10.4						Efectuar la asignación de recurso médico para el área de Pediatría General, con el fin de filtrar los pacientes de 3er nivel.	Jefes División Médica y Quirúrgica
10.5						Gestionar alianzas con diferentes universidades para la formación de especialistas.	Jefes de División Médica y Quirúrgica
10.6						Establecer Carta Compromiso para los recursos formados con apoyo del hospital.	Director

N°	1. Proceso	2. Riesgo Identificado	3. Probabilidades de Ocurrencia F	4. Magnitud del Impacto del Riesgo I	5. Exposición al Riesgo (F x I)	6. Acciones para el Control de Riesgo	7. Responsable
11		Falta de cupo para pacientes con patologías agudas, debido a estancias prolongadas de pacientes con patologías crónicas terminales	3	3	9	Coordinar con la RIIS el retorno de los pacientes con patologías crónicas.	Jefes División Médica y Quirúrgica
11.1						Establecer, implementar y dar seguimiento a un Plan para Manejo Domiciliar del Paciente con Enfermedades Crónicas.	Jefe División Médica
12		Falta de oportunidad en la atención debido a asistencia tardía del personal por contexto de violencia en el país y/o por disminución de la oferta de servicios debido a la necesidad de guardar distanciamiento social y/o resguardo del personal con edad avanzada o enfermedades crónicas, en el contexto del COVID-19.	2	3	6	Establecer horarios de trabajo con flexibilidad, según sea posible para la cobertura de los servicios.	Jefes de Divisiones y Unidades adscritas a la Dirección
12.1						Establecimiento de Teletrabajo y ajuste a los planes de trabajo, en cumplimiento a los Decretos Legislativos y Ejecutivos, según sea requerido.	Jefes de Divisiones y Unidades adscritas a la Dirección
12.2						Realización de Pruebas de Tamizaje de Serología de COVID-19 para la hospitalización y realización de cirugías.	Jefes de Emergencia y Consulta Externa
13		Suspensión de los servicios por fallas de los equipos.	2	3	6	Actualizar/Elaborar un Plan de Renovación de Equipo con vida útil finalizada.	Equipo de Proyectos
13.1						Implementar y dar seguimiento al Plan de Renovación de Equipo con Vida Útil Finalizada.	Subdirector
13.2						Gestionar la adquisición de equipamiento y mobiliario necesario.	Director

N°	1. Proceso	2. Riesgo Identificado	3. Probabilidades de Ocurrencia F	4. Magnitud del Impacto del Riesgo I	5. Exposición al Riesgo (F x I)	6. Acciones para el Control de Riesgo	7. Responsable
13.3						Elaborar y Presentar un Análisis Financiero que establezca el Costo-Beneficio del funcionamiento del Departamento de Servicios por Convenios.	Jefe UFI
13.4						Establecer y Socializar una Política para el Manejo de Fondos Propios.	Consejo Estratégico de Gestión
13.5						Implementar la Política para el Manejo de Fondos Propios (Elaborar la Programación).	Consejo Estratégico de Gestión
14		Falta de uniformidad de la atención debido a no contar con Guías Clínicas actualizadas y/o por no ser aplicadas las ya existentes.	2	2	4	Socialización de las Guías Clínicas existentes.	Jefes División Médica y Quirúrgica
14.1						Actualización de Guías Clínicas.	Jefes División Médica y Quirúrgica
14.2						Gestión de Aprobación de las Guías Clínicas en el MINSAL.	Director
14.3						Socialización de las Guías Clínicas aprobadas.	Jefes División Médica y Quirúrgica
15	<b>Comunicación Institucional</b>	Mala imagen institucional debido a señalamientos negativos en los medios de comunicación y redes sociales	1	3	3	Establecer e implementar un proceso de verificación de señalamientos y respuesta a los medios de comunicación y Redes Sociales.	Subdirector
16	<b>Desarrollo del Capital Humano</b>	Deterioro del clima laboral y falta de calidez en la atención debido a la desmotivación del personal por remuneración y funciones no acordes a los nombramientos y/o por falta de liderazgo o capacidad gerencial y/o por falta de responsabilidad de algunas jefaturas para asumir sus funciones.	2	3	6	Elaborar y ejecutar un Plan de Capacitación Institucional sobre el contenido y aplicabilidad de las normas, reglamentos y leyes vigentes y aplicables al hospital.	Jefe Unidad Jurídica

N°	1. Proceso	2. Riesgo Identificado	3. Probabilidades de Ocurrencia F	4. Magnitud del Impacto del Riesgo I	5. Exposición al Riesgo (F x I)	6. Acciones para el Control de Riesgo	7. Responsable
16.1						Informar al personal la responsabilidad de mantenerse actualizados respecto a las leyes vigentes y sus reformas.	Jefe Unidad Jurídica
16.2						Fortalecer al Equipo de Supervisión con la participación de la Unidad Jurídica.	Director
16.3						Gestionar que los nombramientos del personal sean acordes a las funciones, analizando particularmente cada caso.	Jefe Depto. Recursos Humanos
16.4						Revisión del proceso de Selección y Contratación de Recursos Humanos.	Jefe Depto. Recursos Humanos
16.5						Elaboración del Plan Institucional de Desarrollo del Recurso Humano.	Jefe Depto. Recursos Humanos
16.6						Implementación del Plan Institucional de Desarrollo del Recursos Humano.	Jefe Depto. Recursos Humanos
16.7						Monitoreo y Evaluación del Plan Institucional de Desarrollo del Recursos Humano.	Jefe Depto. Recursos Humanos
16.8						Optimización de las funciones del recurso humano con enfermedades crónicas.	Jefes de Divisiones y Unidades adscritas a la Dirección
17		Falta de desarrollo de las habilidades y destrezas individuales debido a la poca asistencia a actividades de capacitación	2	2	4	Desarrollar un Plan de Incentivos para fomentar la asistencia a las capacitaciones.	Coordinador de Capacitación
17.1						Actualizar el Plan de Capacitación Institucional de acuerdo a las necesidades de la institución y hacer énfasis en la Calidez de la atención.	Coordinador de Capacitación
17.2						Gestionar el desarrollo del Pan de Capacitación Institucional, con los apoyos	Coordinador de Capacitación

N°	1. Proceso	2. Riesgo Identificado	3. Probabilidades de Ocurrencia F	4. Magnitud del Impacto del Riesgo I	5. Exposición al Riesgo (F x I)	6. Acciones para el Control de Riesgo	7. Responsable
						interinstitucionales.	
18	<b>Información Institucional</b>	Falta de información oportuna para la toma de decisiones	3	2	6	Supervisar el proceso de entrega de la información.	Jefe de Unidad de Epidemiología, Estadística e Información Institucional
18.1						Seguimiento de Plan de Desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) Institucional.	Jefe Depto de Informática
19	<b>Mejora Continua de la Calidad</b>	Falta de crecimiento del desarrollo institucional por limitada producción de investigación científica.	2	1	2	Revisar el funcionamiento y organización de la sección de Investigación.	Jefe UDP
19.1						Establecer los mecanismos de incentivos para incrementar la generación de investigaciones.	Coordinador de Investigación
20		Persistencia en las fallas detectadas por falta de elaboración y/o incumplimiento de los Planes de Mejora.	2	2	4	Sistematizar y coordinar la elaboración y ejecución de los Planes de Mejora.	Jefe UOC
21	<b>Planeación Institucional</b>	Dificultades gerenciales en las dependencias debido a fallas en la elaboración y/o seguimiento de Documentos Institucionales.	2	2	4	Capacitar a las jefaturas administrativas sobre herramientas gerenciales, según demanda.	Subdirector

## VI. Programación Operativa 2021

### Metas de Producción

En la programación operativa se incluyen las metas clasificadas en: Metas de Hospitalización, Metas de Consulta Ambulatoria, Metas de Atenciones en Servicios de Medicina Crítica, Metas de Cirugías, Metas de Servicios Diagnósticos y Tratamiento y Metas de los Servicios Generales. Después de revisar los resultados de la gestión 2020 y realizar los análisis de los aspectos relevantes de la gestión del Hospital, se define en el siguiente cuadro la Programación o estimación de Metas 2020, 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 2021.

Servicios Finales	Meta Programada 2021
<b>Consulta Externa Médica</b>	
<b>Sub especialidades Médicas</b>	
Alergología / Inmunología	7,098
Cardiología	6,692
CENID	2,532
Dermatología	3,670
Endocrinología	7,887
Fisiatría	1,673
Gastroenterología	4,302
Hematología	5,736
Infectología	294
Nefrología	2,151
Neumología	5,019
Neurología	7,170
Oncología	10,238
Pediatría General	12,906
Psiquiatría	4,661
Reumatología	2,510
<b>Sub Especialidades de Cirugía</b>	
Anestesiología / Algodología	1,147
Cirugía General	5,736
Cirugía Cardiovascular	430
Cirugía Maxilofacial	1,291
Cirugía Neonatal	860
Cirugía Oncológica	287
Cirugía Plástica	3,442
Neurocirugía	3,442

<b>Servicios Finales</b>	<b>Meta Programada 2021</b>
Oftalmología	7,457
Ortopedia	6,381
Otorrinolaringología	6,596
Urología	4,302
<b>Consulta Externa Odontológica</b>	
Odontológica de primera vez	5,664
Odontológica subsecuente	5,664
<b>Otras Atenciones Consulta Externa Médica</b>	
Bienestar Magisterial	3,995
Clínica de Ulceras y Heridas	17,324
Nutrición	717
Psicología	4,780
<b>Emergencias</b>	
Cirugía General	10,822
Pediatría Gral.	12,045
<b>Egresos Hospitalarios</b>	
<b>Sub Especialidades Medicina</b>	
Hematología Pediátrica	843
Infectología Pediátrica	1,238
Medicina Interna Pediátrica	524
Nefrología Pediátrica	246
Neonatología	504
Oncología Pediátrica	1,467
<b>Sub Especialidades Cirugía</b>	
Cirugía Pediátrica	1,479
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	745
Neurocirugía Pediátrica	828
Oftalmología Pediátrica	317
Otorrinolaringología Pediátrica	368
Ortopedia / Traumatología	891
<b>Otros Egresos</b>	
Servicios por Contrato	777
<b>Cirugía Mayor</b>	
Electivas para Hospitalización	1,673
Electivas Ambulatorias	1,434
De Emergencia para Hospitalización	3,654
De Emergencia Ambulatoria	1,935
<b>Medicina Crítica</b>	
<b>Unidad de Emergencia</b>	

<b>Servicios Finales</b>	<b>Meta Programada 2021</b>
Admisiones	9,197
Transferencias	6,045
<b>Unidad de Máxima Urgencia</b>	
Admisiones	821
Transferencias	821
<b>Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios</b>	
Admisiones	1,329
Transferencias	1,626
<b>Servicios Intermedios</b>	
<b>Laboratorio Clínico y Banco de Sangre</b>	
<b>Hematología</b>	
Consulta Externa	51,479
Hospitalización	65,842
Emergencia	28,704
Referido / Otros	32,866
<b>Inmunología</b>	
Consulta Externa	9,386
Hospitalización	6,898
Emergencia	2,947
Referido / Otros	30,365
<b>Bacteriología</b>	
Consulta Externa	3,816
Hospitalización	28,046
Emergencia	14,074
<b>Parasitología</b>	
Consulta Externa	258
Hospitalización	2,317
Emergencia	1,529
<b>Bioquímica</b>	
Consulta Externa	81,676
Hospitalización	243,064
Emergencia	59,965
Referido / Otros	43,091
<b>Urianálisis</b>	
Consulta Externa	7,661
Hospitalización	6,368
Emergencia	5,919
Referido / Otros	80
<b>Banco de Sangre</b>	

<b>Servicios Finales</b>	<b>Meta Programada 2021</b>
Consulta Externa	49,783
Hospitalización	71,685
Emergencia	11,135
Referido / Otros	4,044
<b>Imagenología</b>	
Flouroskopías	469
Radiografías	46,200
Ultrasonografías	5,640
Tomografía Axial Computarizada	3,629
Resonancias Magnéticas Nucleares	809
<b>Anatomía Patológica</b>	
Biopsias Otras partes del cuerpo	2,611
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>	
Ecocardiograma	1,305
Electrocardiogramas	2,868
Electroencefalogramas	4,661
Endoscopias	143
Espirometrías	178
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>	
Cirugía Menor	3,650
Díálisis Peritoneal	3,888
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	13,170
Hemodiálisis	5,124
Inhaloterapia	20,698
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	90,324
Recetas Dispensadas de Hospitalización	229,304
Terapia Respiratoria	125,156
<b>Trabajo Social</b>	
Casos Atendidos	59,605
<b>Servicios Generales</b>	
<b>Alimentación y Dietas</b>	
<b>Hospitalización</b>	
Cirugía	6,781
Pediatría	61,373
Otros (Convenios)	4,258
<b>Lavandería</b>	
<b>Hospitalización</b>	
Cirugía	30,160
Pediatría	428,289

<b>Servicios Finales</b>	<b>Meta Programada 2021</b>
Neonatología	72,621
Otros (Convenios)	107,280
<b>Consulta</b>	
Consulta Médica Especializada	55,254
<b>Emergencia</b>	
Emergencias	34,987
<b>Mantenimiento Preventivo</b>	
Números de Orden	1,661
<b>Transporte</b>	
Kilómetros Recorridos	65,280

Fuente de Datos:

\* Meta Programada 2021: Ingreso de Datos (SPME)

## VII. Programación de Actividades 2021

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	%	
<b>1</b>	<b>Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil</b>																
1.1.	<b>Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional</b>																
1.1.1	Monitoreo de la Mortalidad en menores de 5 años en los Servicios de Hospitalización de las Enfermedades de vigilancia del MINSAL (Diarrea, Neumonías, Inmaduridad, Asfixia del Nacimiento y sepsis)	80%	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	Informes de Auditoria de Mortalidad	Jefe de Servicios de Hospitalización con apoyo del Comité de Mortalidad y Unidad de Epidemiología	80%			80%			80%			80%		Que no se encuentre la evidencia documental en el Expediente Clínico.
1.1.2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	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	Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer,	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	%	
	Obesidad y Hemofilia)																
1.1.4	Continuar el Programa Trasplante Renales	4	N° de Trasplantes realizados	Registros Estadísticos de Producción	Depto. de Nefrología con el Apoyo de División Médica, Quirúrgica y de Enfermería	1			1			1			1		Falta de insumos y personal o incremento de actividades emergentes del personal responsable
<b>2</b>	<b>Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario</b>																
<b>2.1</b>	<b>Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción</b>																
2.1.1	Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	66%	% 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	50%			60%			70%			85%		Inasistencia de pacientes y ausencias de personal de salud
2.1.2	Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización	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.
<b>2.2</b>	<b>Resultado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial</b>																

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 Médico-Quirúrgicos de Primera Vez	10%	Tiempo de Espera en Días	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefe de Depto. de Consulta Externa Médica	10%			10%			10%			10%			Adecuada Selección de pacientes Evitar consultas subsecuentes innecesarias
2.2.2	Reducir los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva	10%	Tiempo de Espera en Días Hábiles	Informe de Tiempo de Espera	Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Con Ext. Qx, Jefes de Especialidades	10%			10%			10%			10%			Adecuada Selección de pacientes Horas Quirófanos disponibles Personal de Enfermería y Anestesia adecuado a las necesidades
2.2.3	Actualizar y cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	1	Plan de Supervisión Actualizado	Documento Aprobado	Coordinador del Equipo de Supervisión	1												Actividades Emergentes
		3	Informe del Monitoreo de Cumplimiento del Plan de Supervisión	Informes de Resultados de Supervisiones realizadas	Equipo de Supervisión Institucional				1			1			1			
2.2.4	Elaborar un Plan para para la Descentralización de Cirugías que se puedan realizar en el 2° nivel	1	Documento Aprobado	Documento y Gestión realizada para la aprobación de la Propuesta	Jefe de División Quirúrgica y la Dirección	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	%	
	2	Informe del Monitoreo de Cumplimiento del Plan de Descentralización de Cirugía	Informes de Resultados de Supervisiones realizadas	Equipo de Supervisión Institucional							1			1			
2.3	<b>Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios</b>																
2.3.1	4	Evaluar el resultado del índice de uso de los Servicios de Laboratorio, Radiología e y Farmacia en Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia	Presentación de Resultados del Índice de uso	Acta de Sala Situacional en donde se realizará la presentación	Jefaturas de los Servicios de laboratorio, Imágenes Médicas, Banco de Sangre y Farmacia y Jefe de División de Diagnóstico	1			1			1			1		Falta de oportunidad en la generación de información
2.3.2	4	Evaluar el resultado del índice de uso de los servicios de Alimentación y Fórmulas y Lavandería	Presentación de Resultados del Índice de uso	Acta de Sala Situacional en donde se realizará la presentación	Jefes de Alimentación, Fórmulas, Lavandería, Mantenimiento, Transporte y Jefe de División Administrativa				1						1		Falta de oportunidad en la generación de información
2.3.3	90%	Monitoreo del Abastecimiento de Medicamentos	Porcentaje de Abastecimiento	Informe de monitoreo Presentados	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de Farmacoterapia y UACI	90%			90%			90%			90%		Falta de oportunidad y control en el proceso de 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	%	
2.3.4	Diseño, socialización e implementación del Programa de Optimización del uso de antibióticos	1	Programa Elaborado y socializado	Informes	Equipo PROA				1									Actividades Emergentes
		85%	% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa	Registro de monitoreo del cumplimiento de los Indicadores del PROA	Equipo PROA, con apoyo de División Médica							85%			85%			Falta de información
<b>3</b>	<b>Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional</b>																	
3.1	<b>Resultado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional</b>																	
3.1.1	Implementación de la Gestión por Proceso	40%	% de Dependencias Capacitadas en Gestión por Procesos	Registro de Dependencias Capacitadas	Unidad Organizativa de la Calidad coordinación con Jefaturas y UDCAP				10%			20%			10%			Participación activa de las unidades operativas
		20%	% de Procesos Documentados por Dependencias	Inventario de Procesos documentados	Jefaturas con el Apoyo de la Planificación										20%			Participación activa de las unidades operativas

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	%	
3.1.2	Revisión y Actualización de Guías Terapéuticas seleccionadas por especialidad	50%	% de Guías elaboradas	Registro del Inventario de Guías Terapéuticas a actualizar y N° de Guías actualizadas	Jefaturas de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica										50%		Falta de programación de tiempo para la realización de la actividad
<b>4</b>	<b>Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad</b>																
4.1	<b>Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad</b>																
4.1.1	Evaluación de la Satisfacción de Atención del usuario externo	1	Informes con Resultados de la Evaluación	Informes de Evaluación de la Calidad de Atención Asistencial	Jefe de la UOC										1		La conformación del equipo de trabajo para realizar la gestión y evaluación
4.1.2	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	75%	Promedio de Resultados de los Estándares de Calidad	Informes de Resultados Presentados mensualmente	Unidad Organizativa de la Calidad con el Apoyo de Jefaturas y coordinadores de Hospitalización y Comités	75%			75%						75%		Falta de Oportunidad en la entrega de Información
4.1.3	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	50%	% 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	50%											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	Actualización y Monitoreo del Plan para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas.	1	Plan Actualizado	Documento Aprobado	Depto. de Pediatría Social UOC y	1											Trabajos y/o actividades Emergentes
		85%	% de Cumplimiento de los indicadores definidos en el Plan	Informes de Resultados presentados mensualmente	Departamento de Pediatría Social				85%			85%			85%		
<b>5</b>	<b>Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional</b>																
5.1	<b>Resultado: Mejorar el Proceso de Monitoreo y Evaluación de la gestión a través del uso adecuado de las herramientas administrativas.</b>																
5.1.1	Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional	4	Nº de Monitoreos	Informes de Respaldo en los Sistemas y Evidencia documental	Consejo Estratégico de Gestión	1			1			1			1		Contar con información adecuada y oportuna
5.1.2	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria definidos por el Ministerio de Salud	12	Informes de Resultados de los Indicadores	Informes mensual de Indicadores	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo de la Unidad de Planificación y UEEIS	3			3			3			3		Falta de Oportunidad en la entrega 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	%		
5.1.3	Evaluación de funcionamiento de la Sala Situacionales programadas	100%	% de cumplimiento de la Programación anual de Sala Situacional	Actas de reunión	Unidad de Epidemiología	100%			100%			100%			100%			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
		100%	% de cumplimiento de acuerdos establecidos en las Sala Situacional	Informe de Acuerdos Cumplidos	Jefaturas designadas en acuerdos y Unidad de Epidemiología	100%			100%			100%			100%			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
5.1.4	Evaluación de los resultados del Sistema PERC	2	N° de Evaluaciones	Resultados del Sistema y Acta de Reunión de Evaluación	Equipo de Trabajo de Costeo				1					1				Actividades Emergentes
<b>6</b>	<b>Objetivo: Realizar acciones que permitan la Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales y que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente</b>																	
6.1.	<b>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</b>																	
6.1.1	Monitoreo de la Valoración de Riesgos Institucional	50%	% de disminución de Riesgos	Informes de Resultados presentados por las Dependencias y el Informe de resultados de la Unidad de Auditoría Interna	Jefaturas y Auditoría Interna										50%			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	%	
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
6.2.	<b>Resultado: Realizar vigilancia de las condiciones ambientales para contribuir a la protección de la salud de la población y cuidado del medio ambiente</b>																	
6.2.1	Realizar la vigilancia de la calidad del agua	12	N° supervisiones Realizadas	Informe de Supervisión y Estándar de Calidad N° 24 actualizado	Inspector de Saneamiento	3			3			3			3			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten el desarrollo
6.2.2	Socialización Monitoreo del proyecto de Reciclaje	90%	% de Dependencias Capacitadas en Proyecto de Reciclaje	Informe de Capacitaciones Realizadas y N° de Participantes	Comité de Gestión Ambiental con el apoyo de la UOC y Jefaturas				30			30			30			
		4	Informe de Resultados	Registro de Cantidad de Papel Reciclado y Recibos de Ingreso por la Venta	Comité de Gestión Ambiental con el apoyo de la UOC, UFI y Administración	1			1			1			1			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten el desarrollo

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	%		
6.2.3	Monitoreo del cumplimiento del Plan de Manejo de Desechos Bio-infecciosos y Comunes	12	N° supervisiones Realizadas	Registro de acciones para cumplir con el Plan conforme al Reglamento Técnico del Manejo de desecho bioinfecciosos y actualización del estándar 23	Inspector de Saneamiento con el apoyo de las Jefaturas	1			1			1			1			Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten el desarrollo
<b>7</b>	<b>Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano</b>																	
7.1.	<b>Resultado: Mejorar las características relacionales y la gestión del Recurso Humano</b>																	
7.1.1	Monitoreo del Plan de Desarrollo del Recurso Humano 2019-2023	40%	% de Cumplimiento del Plan de Desarrollo de Recursos Humanos	Cumplimiento de la Programación y desarrollo del Plan	Departamento de Recursos Humanos							40%						Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
7.1.2	Realizar la actualización del Inventario y Expediente Laboral del Recurso Humano	100%	% de Expediente Actualizados	Instrumento diseñado para la Actualización del Expediente y Expedientes actualizados	Departamento de Recursos Humanos con el apoyo de las Jefaturas y empleados del Hospital	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	%	
7.1.3	Elaboración y Evaluación del Plan de capacitación institucional 2021	1	Plan Aprobado	Registro del Proceso de Elaboración del Plan	Departamento de Capacitación con el apoyo de las jefaturas de cada dependencia	1											Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
		80%	% de cumplimiento del Plan	Registros del Depto. de Capacitación	Unidad de Desarrollo profesional a través del Departamento de Capacitación en coordinación con las jefaturas de las dependencias	80%			80%			80%			80%		Participación activa de todas las jefaturas
<b>8</b>	<b>Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información</b>																
8.1.	<b>Resultado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa</b>																
8.1.1	Monitoreo de la generación oportuna de la Información Estadística de Producción	100%	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	Informes de Control Estadísticos	Unidad de EEIS a través de Estadística con el apoyo de las Jefaturas cada dependencia	100%			100%			100%			100%		Que surjan actividades contingenciales oficiales que afecten la programación
8.1.2	Elaboración e Implementación de un Plan de Mejora del Proceso de Generación de Información Oficial	1	Plan Elaborado	Documento Aprobado	Equipo de Mejora				1								

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	%	
		30%	% de Cumplimiento de los indicadores del Plan	Informe de las Mejoras	Equipo de Mejora							10%			20%			

## VIII. Programación de Resultados Esperados de los Indicadores 2021

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 2021
<b>Tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada (días)</b>	
Pediatría	60
<b>Cirugía electiva</b>	
Porcentaje de Cirugías electivas canceladas	6
Tiempo promedio de espera para cirugía electiva (Días)	90
<b>Porcentaje de infecciones nosocomiales</b>	
Porcentaje infecciones intrahospitalarias	4
<b>Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)</b>	
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)	90

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.

## IX. 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 suscitadas por la Pandemia por Covid-19, Epidemias, 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.