



**MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER  
“DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ”.**



# **PLAN ESTRATEGICO 2016-2025**



San Salvador, Diciembre 2015



**Datos Generales del Hospital**

**Código del Hospital** 50603H

**Nombre del Hospital:** *Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez*

**Dirección:** *Final 25 avenida sur y calle Francisco Menéndez,  
Barrio Santa Anita, San Salvador*

**Teléfono/Fax:** 2206-3239

**E-mail:** [altrejo@hnm.gob.sv](mailto:altrejo@hnm.gob.sv)

  
  
**Dra. Adelaida de Lourdes Trejo de Estrada.**  
**Directora**

  
**Dr. Carlos Napoleón Amaya Campos**  
**Subdirector**





## Tabla de contenido

<b>PRESENTACIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>I. Base legal de la planificación institucional .....</b>	<b>10</b>
<b>II. Situación Actual.....</b>	<b>12</b>
<b>II.1 ANALISIS EXTERNO.....</b>	<b>12</b>
<b>II.2 ANÁLISIS INTERNO .....</b>	<b>27</b>
<b>III. PENSAMIENTO ESTRATEGICO .....</b>	<b>55</b>
<b>VISION .....</b>	<b>55</b>
<b>MISION .....</b>	<b>55</b>
<b>VALORES.....</b>	<b>55</b>
<b>ENFOQUES .....</b>	<b>56</b>
<b>GESTION CLINICA MATERNO INFANTIL EN RIISS .....</b>	<b>58</b>
<b>IV. PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA .....</b>	<b>61</b>
<b>IV.1 METAS ESTRATÉGICAS.....</b>	<b>61</b>
<b>IV.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....</b>	<b>61</b>
<b>IV.3 PROGRAMACION ESTRATEGICA 2016-2025 .....</b>	<b>62</b>
<b>IV.4 ACTIVIDADES.....</b>	<b>62</b>
<b>IV.4.6 PROYECTOS ESPECIALES .....</b>	<b>63</b>
<b>IV.7 PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE GESTION ESTRATEGICA 2016-2025 .....</b>	<b>71</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>80</b>



# PRESENTACIÓN

El Plan Quinquenal de Desarrollo (PQD) 2014-2019 define un cambio cualitativo en la planificación institucional en el sentido de que se deben de centrar sus esfuerzos en los beneficios a las personas, utilizando el enfoque de derecho, que pone al ser humano al centro de los poderes del Estado, en una mejor relación con los medios de producción y mayor equidad.

La producción científica al servicio de la sociedad, nos permite fundamentar e iluminar el camino de los cambios para el bienestar de la población, y ubicarnos en un espacio de participación, de acuerdo a nuestras capacidades personales tanto físicas, intelectuales y más que todo espirituales por los valores humanos que este esfuerzo representa.

Para todos los sectores y fuerzas vivas de la nación, la transformación del Estado es un proceso progresivo y dinámico que requerirá de toda la energía humana disponible para escuchar, analizar y proponer proactivamente con una visión clara, el futuro que queremos para las nuevas generaciones.

La reforma de salud en El Salvador que se impulsó desde 2009 ha demostrado que se puede avanzar en el camino hacia una sociedad saludable, próspera y feliz si abrimos nuestras mentes, nuestros corazones para enfrentar desafíos multifactoriales con creatividad y crecer juntos en este esfuerzo permanente de lucha por el bienestar, para lo cual debemos multiplicar más que el conocimiento que vayamos acumulando en el proceso, ese sentimiento de solidaridad que inspira nuestra capacidad de comprometernos con ésta ardua faena, por el derecho a la salud de nuestro pueblo y el futuro de la nación.

Es así, que el Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez" propone el Plan Estratégico 2016-2025 con una visión transformadora de la gestión hospitalaria basada en resultados de desarrollo para la población materno infantil, lo cual requerirá una perspectiva de colaboración y sinergia con la red de servicios interinstitucionales, para la consecución del objetivo de “asegurar gradualmente a la población salvadoreña el acceso y cobertura universal en salud con calidad” (Plan Quinquenal de Desarrollo 2015-2019).

**Dra. Adelaida de Lourdes Trejo de Estrada**



# INTRODUCCIÓN

Asegurar gradualmente a la población salvadoreña el acceso y cobertura universal en salud con calidad, será el objetivo de las políticas, planes y proyectos del Ministerio de Salud para el quinquenio 2015-2019, sobre la base de los avances de la reforma iniciada en 2009 y el abordaje de los desafíos relacionados con la sustentabilidad jurídica y financiera que implica para el diseño del Plan Estratégico del MINSAL 2015-2019.

El Plan Estratégico 2016-2025 del Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez", establece en una proyección decenal según lo establecido en los Lineamientos de Planificación emanadas desde la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia de la República y la implementación del Plan de Reforma del Presupuesto Público, que incluye la Gestión Pública Basada en Resultados con la aplicación del Marco de Gasto a Mediano Plazo bajo los lineamientos del Ministerio de Hacienda.

Nuestros sistemas estadísticos y encuestas de salud nos muestran fehacientemente los diferentes problemas de salud en el curso de vida de nuestra población desde la concepción, la niñez, la adolescencia, la adultez y la tercera edad, definiendo una demanda de servicios diversa según la carga de enfermedad. Esto requiere de modelos de organización de las redes de servicios de salud y modalidades de atención coherentes con las necesidades de la población.

Tanto a nivel nacional como en nuestro hospital, la primera causa de egreso hospitalario es el embarazo, parto y puerperio, no obstante las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas representan la segunda causa de egreso con más del 70% de las muertes hospitalarias en recién nacidos. La tercera causa de egreso lo constituyen los tumores y neoplasias con el 13% del total de muertes hospitalarias. Las principales causas de consulta son las afecciones genitourinarias y tumores y neoplasias principalmente observándose el incremento anual de las enfermedades crónicas no transmisibles en la mujer tanto en edad fértil como después de los 50 años.

Ante el perfil de salud de nuestro país, como hospital especializado comprometido con la calidad de la fecundidad, el desarrollo humano individual y colectivo de nuestro país, es fundamental la construcción del talento humano requerido para responder eficazmente a la demanda y garantizar la salud como un derecho, para lo cual es vital el abordaje multidisciplinario y sinérgico entre la ciencia médica, la ciencia social y el arte de administrar para la gestión basada en resultados.

*En consecuencia, además de la coherencia con el PQD el presente plan 2016-2025 contiene, un pensamiento renovado en su visión, misión y valores que deben inspirar y orientar el quehacer de cada persona en su nivel de competencia desde la dirección, jefaturas, médicos especialistas, pasantes, personal de servicios y de apoyo, todos comprometidos con el bienestar de la mujer y los recién nacidos.*

# I. Base legal de la planificación institucional

La planeación para el desarrollo es responsabilidad y competencia del Consejo de Ministros y se ejerce a través del plan general del Gobierno, que se ha denominado Plan Quinquenal de Desarrollo (PQD). La planeación nacional se ejecuta de manera desconcentrada por medio de los diferentes ramos de la administración pública y, para tal efecto, se formula y ejecuta la respectiva planificación sectorial y, para cada secretaría de Estado e institución oficial autónoma, la planificación estratégica institucional. El Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo asigna a la Secretaría Técnica y de Planificación atribuciones de coordinación del Órgano Ejecutivo; y, en concreto, las relativas al plan general del Gobierno. Así, el artículo 53-D establece: «Art. 53-D.- La Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia estará a cargo de un Secretario nombrado por el Presidente de la República, quien dirigirá la planificación estratégica del Gobierno y velará por la viabilidad técnica de las principales acciones gubernamentales [...]».

Además instituye la planeación como medio para una gestión orientada al logro de resultados para el desarrollo, definiendo claramente las obligaciones de los ministerios y entes descentralizados y de la Secretaría Técnica y de Planificación:

«TITULO IV

»DE LA PLANIFICACIÓN

»CAPÍTULO ÚNICO

»Art. 54.- Se establece la Planificación Nacional como medio para obtener los mejores resultados en las actividades de la Administración Pública destinados al cumplimiento de los fines económicos y sociales del Estado.

»Art. 55.- Los Ministerios y entes descentralizados deberán establecer unidades de planificación encargadas de preparar programas y proyectos de sus respectivos sectores, conforme a las normas establecidas en los planes de desarrollo económico y las dictadas por la institución respectiva.

»Art. 56.- Los Ministerios y entes descentralizados deberán integrar las Comisiones y/o Comités de Planificación necesarios para el cumplimiento de los objetivos que señalan los planes de desarrollo, en base a los lineamientos dictados por la institución respectiva.

## **POLITICA PRESUPUESTARIA 2016**

“en el ejercicio fiscal 2016 se continuará avanzando en la implementación de la Reforma del Sistema de Presupuesto que está orientada a fortalecer la gestión presupuestaria, mediante la implementación del Presupuesto por Programas con enfoque de resultados y el Marco de Gastos de Mediano Plazo. El objetivo principal de estas medidas es mejorar la administración y la calidad del gasto público y que la gestión del sector público se desarrolle en el contexto de indicadores de desempeño, que permitan realizar una medición de los resultados obtenidos. De la misma forma se continuarán desarrollando las condiciones institucionales para consolidar gradualmente el uso del Marco Fiscal de Mediano Plazo, como herramienta estratégica de planificación que establece una senda fiscal y financiera sostenible, con metas cuantitativas anuales relacionadas con el Balance Fiscal dentro de una visión de desarrollo, con un horizonte de diez años”

## **NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD "DR. RAÚL ARGUELLO ESCOLÁN" AGOSTO 2007.**

### CAPITULO II

#### NORMAS RELATIVAS A LA VALORACIÓN DE RIESGOS

##### Definición de Objetivos Institucionales

##### Objetivos y Metas Estratégicas

Art. 35.- El titular del Hospital a través de la Unidad de Planificación, deberá elaborar el plan estratégico quinquenal el cual contendrá las políticas y objetivos estratégicos de la institución, así mismo la elaboración de un plan anual operativo institucional que vaya orientado a la misión y visión institucional que contenga sus indicadores de gestión.

## II. Situación Actual

### II.1 ANALISIS EXTERNO

#### II.1.1 MACROENTORNO

##### SITUACION DEMOGRAFICA

TABLA 1

INDICADORES DEMOGRAFICOS	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Tasa global de fecundidad	2.14	2.08	2.04	1.99	1.95	1.91
Expectancia de vida al nacer	71.7	71.9	72.1	72.4	72.6	72.7
Tasa de mortalidad infantil	20.5	20.2	19.9	19.7	19.4	19.2
Tasa bruta de natalidad	19	18.7	18.5	18.2	18	17.8
Tasa bruta de mortalidad	6.7	6.7	6.7	6.7	6.7	6.8

Fuente: DIGESTYC 2010-2015

Las tasas de fecundidad, de natalidad y de mortalidad infantil muestran una tendencia descendente leve y por tanto se espera que a futuro disminuyan los embarazos y por tanto los egresos hospitalarios por atención del parto. En consecuencia y asociado a variables relacionadas con las condiciones familiares de bienestar, la expectativa de vida al nacer presenta una tendencia al incremento, lo cual también significa nuevos retos y desafíos para asegurar la salud productiva de las personas mayores y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La densidad poblacional en El Salvador es de 291 habitantes por km<sup>2</sup> y la población de 10 a 19 años representa el 22% del total, con una desagregación de la población total de 52.7% para el sexo femenino y 62.7% para población urbana.<sup>1</sup>

La estructura poblacional proyectada de 2010 a 2015 de acuerdo al sexo y edad como potencial demandante de servicios de atención materno infantil con un predominio de la población femenina tiene dos subconjuntos de interés: a) población de mujeres en edad fértil, para el año 2015 representan el 70 % del total de población femenina con una tendencia al ascenso desde 2010 a expensas de las mujeres mayores de 20 a 49 años. (Tabla 2)

---

<sup>1</sup> DIGESTYC 2015

**POBLACION <sup>2</sup>**

**TABLA 2**

<b>POBLACION 2010-2015</b>						
<b>AÑO</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>&lt; DE 1 AÑO</b>	<b>123,401</b>	<b>123,935</b>	<b>124,373</b>	<b>124,738</b>	<b>125,001</b>	<b>125,150</b>
<b>POBLACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL (MEF) 2010-2015</b>						
10 – 14	357,954	348,112	334,227	318,942	304,894	294,722
15 – 19	348,305	350,791	352,261	352,174	349,991	345,173
20 – 24	298,759	305,559	313,495	321,494	328,482	333,383
25 – 29	257,268	261,340	266,308	271,968	278,115	284,545
30 – 34	233,931	235,412	236,960	238,872	241,441	244,963
35 – 39	217,480	219,196	220,360	221,319	222,426	224,028
40 – 44	191,475	194,952	198,493	201,936	205,117	207,874
45 – 49	164,002	167,719	171,520	175,352	179,160	182,889
<b>MEF</b>	<b>2,069,175</b>	<b>2,083,081</b>	<b>2,093,626</b>	<b>2,102,057</b>	<b>2,109,625</b>	<b>2,117,577</b>
<b>POBLACION DE MUJERES ADULTAS MAYORES DE 50 AÑOS 2010-2015</b>						
50 – 54	137,718	140,978	144,601	148,452	152,398	156,305
55 – 59	117,628	119,912	122,187	124,574	127,189	130,151
60 – 64	98,573	100,625	102,800	105,074	107,426	109,836
65 – 69	80,886	82,450	84,137	85,940	87,849	89,857
70 – 74	65,635	66,935	68,091	69,214	70,411	71,790
75 – 79	48,067	49,603	51,118	52,597	54,027	55,394
80 y más	54,345	56,363	58,511	60,757	63,072	65,424
<b>&gt; 50 AÑOS</b>	<b>602,852</b>	<b>616,865</b>	<b>631,445</b>	<b>646,609</b>	<b>662,372</b>	<b>678,757</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2,672,027</b>	<b>2,699,946</b>	<b>2,725,071</b>	<b>2,748,667</b>	<b>2,771,998</b>	<b>2,796,334</b>

El 30% son adolescentes, con una tendencia a la disminución desde 2010. De la población femenina las adolescentes representan el 22% y b) la población de adultas mayores de 50 años que representan el 24% del total de población femenina con una tendencia ascendente por el incremento de la esperanza de vida. Por lo anterior, la gestión hospitalaria en general deberá diversificar la atención especializada de la salud reproductiva, la salud perinatal y las enfermedades crónicas en la mujer, principalmente tumores y neoplasias.

Si bien, se considera la Población Nacional como la potencial demandante de servicios de nuestro Hospital, en función de la Referencia Nacional que atiende los casos derivados de toda la Red Integral e

<sup>2</sup> ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACION A NIVEL NACIONAL POR AÑOS CALENDARIO Y EDAD SIMPLE 2010 - 2015. DIGESTYC.

Integrada de Servicios de Salud (RIISS) del MINSAL a nivel nacional, la demanda real de atención especializada en ginecobstetricia y neonatología se ha estimado en 20 mil personas por año.

## **SITUACION DE LA DETERMINACION SOCIAL DE LA SALUD**

### **Características de los hogares <sup>3</sup>**

En El Salvador, los hogares que pertenecen a los quintiles de riqueza más alto se encuentran ubicados en la zona urbana (31.2 por ciento) y los hogares con menor nivel de riqueza en la zona rural (39.6 por ciento) y esta condición marca el comportamiento de la mayoría de indicadores de salud.

El 34.6 por ciento de los hogares está a cargo de mujeres y el 65.4 por ciento de la jefatura del hogar está a cargo de los hombres, el 63.6 por ciento corresponden al área urbana y el 36.4 por ciento al área rural. El 23.4 por ciento de los hogares están compuestos por 4 miembros, seguidos por aquellos compuestos por 3 miembros con el 21.2 por ciento y el 2.4 por ciento posee más de 9 miembros.

### **Agua y saneamiento**

Un determinante vital y factor de protección para la buena salud de la familia es el agua segura para beber y el saneamiento, principalmente en las zonas rurales. El 98.5 por ciento de la población en el área urbana accede a agua mejorada para beber versus el 89.9 por ciento en el área rural. El 65.5 por ciento tiene acceso a agua de tuberías y el 29.8 a otras fuentes mejoradas. A mayor educación y nivel de riqueza menor es el tiempo de desplazamiento a la fuente de agua para beber.

De igual manera, con respecto al saneamiento, un 74.2 por ciento de la población de los hogares tiene acceso a fuente mejorada de agua y saneamiento mejorado, siendo la región Paracentral la que presenta una proporción menor de acceso (58.7 por ciento) en contraste con la Metropolitana con 91 por ciento. La brecha en el acceso a fuentes mejoradas entre el área rural y urbana es de casi 30 puntos porcentuales (85.5 vs 55.8). Por quintiles de riqueza, se aprecia la desigualdad en las escalas de agua para beber y saneamiento entre el quintil más pobre (42.9 por ciento) y el más rico (97.5 por ciento). De igual forma se observa en la relación con la educación del jefe del hogar, donde el 66.1 por ciento corresponde al menor nivel educativo y 95.9 por ciento al nivel universitario.

Respecto a la práctica del lavado de manos el 91.3 por ciento tienen tanto agua como jabón. En el área urbana la proporción es de 93.5 por ciento mientras que en la rural es de 87.8 por ciento, lo mismo ocurre en los porcentajes de hogares con un lugar específico para lavarse las manos entre el quintil más pobre (82.4 por ciento) y el más rico (95.5 por ciento). De igual forma se observa en la relación con la educación del jefe del hogar, donde el 88.3 por ciento corresponde al menor nivel educativo y 94.7 por ciento al nivel universitario.

---

<sup>3</sup> Encuesta Nacional de Salud 2014, Instituto Nacional de Salud

## **Alfabetización de mujeres <sup>4</sup>**

La educación es un pre-requisito esencial para luchar contra la pobreza, empoderar a las mujeres, mejorar los cuidados de la niñez en el hogar, proteger a las niñas y niños contra el trabajo peligroso y explotador y la explotación sexual, promover los derechos humanos y la democracia, proteger el ambiente, e influir positivamente en el crecimiento y desarrollo de la población.

El 96.6 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años de El Salvador son alfabetas, la alfabetización de las mujeres tiende a aumentar según el nivel de riqueza, pasando el 90.7 por ciento para el quintil más bajo al 99.2 por ciento para aquellas mujeres del quintil más rico, el porcentaje mujeres alfabetas en la zona urbana es de 98.1 por ciento versus un 94.1 por ciento de la zona rural.

### **Acceso a los medios de comunicación**

En relación al acceso a medios de comunicación, el 40.1 por ciento de las mujeres de El Salvador lee un periódico o revista, 67.5 por ciento escucha la radio y 89.5 por ciento ve televisión al menos una vez por semana. En general, 4.1 por ciento no está expuesta de manera regular a ninguno de los tres medios de comunicación, mientras que 95.9 por ciento está expuesto a por lo menos uno de los medios de comunicación y 28.8 por ciento a los tres tipos de medios de comunicación semanalmente, de estos existe una clara asociación entre nivel educativo y estatus socioeconómico. La brecha de acceso a los tres medios de comunicación entre mujeres sin educación y con nivel universitario es de casi 50 puntos porcentuales (3.0 contra 52.0 por ciento).

Para efectos de promoción y mercadeo social es importante destacar que el tipo de medio con mayor acceso fue la televisión con más del 80% por área de residencia, nivel educativo y nivel de riqueza.

En cuanto al uso de tecnología, el 75.1 por ciento de mujeres de 15 a 24 años de edad ha usado alguna vez una computadora. En general, un 72.1 por ciento de mujeres de 15 a 24 años de edad ha usado Internet alguna vez.

### **Bienestar subjetivo**

En la Encuesta Nacional de Salud MICS, se hizo una serie de preguntas a mujeres de 15 a 24 años para saber en qué medida este grupo de jóvenes está satisfecha en las diferentes áreas de su vida, como en su vida familiar, amistades, estudios, trabajo actual, salud, el lugar donde viven, cómo son tratados por los demás, su apariencia física y sus ingresos actuales. El 95.1 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años están satisfechas con su vida en general, 90.6 por ciento son muy felices o algo felices, sin embargo, la proporción que piensa que su vida mejoró durante el último año y que esperan que mejore más después de un año es de 43.8 por ciento.

---

<sup>4</sup> Encuesta Nacional de Salud 2014, Instituto Nacional de Salud

### **Consumo de tabaco y alcohol<sup>5</sup>**

El 14.7 por ciento de mujeres reportaron haber usado alguna vez un producto de tabaco, mientras el 1.6 por ciento de mujeres fumaron cigarros o usaron productos de tabaco con o sin humo durante uno o más días del último mes, llama la atención que el grupo de mujeres más jóvenes (15- 19 años), es el que presenta una mayor proporción de haber fumado un cigarrillo completo antes de los 15 años, equivalente al 4.5 por ciento.

### **Conocimientos sobre la transmisión del VIH y preconceptos sobre el VIH**

En El Salvador, la mayoría de mujeres entre 15 y 49 años ha oído hablar sobre el SIDA (98.7 por ciento) y el 32.8 por ciento de las mujeres tienen conocimiento integral sobre el tema. El conocimiento integral se concentra en la región Metropolitana con 44.0 por ciento y en aquellas que poseen mayor nivel de educación (60.4 por ciento en universitarias) y riqueza (50.7 por ciento en el quintil más rico). El 92.4 por ciento de las mujeres saben que el VIH se puede transmitir de madre a hijo/a. El 96.1 por ciento de mujeres recibieron cuidado de un profesional de salud durante su último embarazo, al 88.8 se les ofreció la prueba del VIH y se les hizo durante el cuidado prenatal no obstante solo el 51.7 por ciento recibieron asesoramiento sobre el VIH. El 88.6 por ciento de las mujeres entre 15 y 49 años sabían dónde hacerse la prueba sin embargo la encuesta también arrojó como resultado que el 60.6 por ciento de las mujeres se la habían realizado.

En cuanto a **comportamiento sexual** es relevante destacar que entre las adolescentes de 15 a 17 años que en los últimos 12 meses tuvieron sexo, el 10.1 por ciento lo hizo con un hombre 10 años o más, mayor que ellas. En este mismo rango de edad, el 13.4 por ciento tuvo sexo en los últimos 12 meses con una pareja no marital ni cohabitante. El 49.1 por ciento de estas adolescentes indicó haber usado condón la última vez que tuvo sexo con una pareja no marital o cohabitante en los últimos 12 meses, siendo el porcentaje más alto si se compara con los otros rangos de edad y que determina el embarazo en las adolescentes.

### **Matrimonio precoz y poliginia**

Entre las mujeres de 15 a 49 años, aproximadamente 7.0 por ciento se había casado antes de los 15 años y, entre las mujeres de 20 a 49 años el 7.3 por ciento se había casado antes de los 18 años. Aproximadamente una de cada cinco (21.0 por ciento) de las mujeres jóvenes de 15 a 19 años está casada actualmente. Las mujeres de 20 a 24 años de edad actualmente casadas o en unión, aproximadamente una de cada cinco tiene un cónyuge mayor por diez años o más (18.3 por ciento).

---

<sup>5</sup> Encuesta Nacional de Salud 2014, Instituto Nacional de Salud

## **Fecundidad <sup>6</sup>**

La Tasa Total de Fecundidad para el periodo de tres años antes de la Encuesta Nacional de Salud MICS 2014 es de 2.3 nacimientos por mujer. La fecundidad es considerablemente más alta en áreas rurales (2.6 nacimientos por mujer) que en áreas urbanas (2.1 nacimientos por mujer), lo mismo ocurre con las Tasas de Fecundidad Específicas por Edad en todos los grupos de edad ya que presentan un patrón de fecundidad rural más alto. El patrón general de edad de la fecundidad, indica que la maternidad empieza temprano desde la adolescencia y presenta su valor máximo en el grupo de 20 a 24 años (122 nacimientos por cada 1.000 mujeres). La fecundidad entre las adolescentes desciende en relación a encuestas poblacionales previas y es de 74 nacimientos por cada 1.000 mujeres y es importante destacar que a menor educación la fecundidad específica y la maternidad temprana en adolescentes aumenta, siendo, respectivamente, de 9 a 25 veces mayor en aquellas que poseen educación primaria comparado con mujeres con educación universitaria.

## **Anticoncepción**

La planificación familiar adecuada es importante para la salud de las mujeres y de los niños/as porque previene los embarazos de alto riesgo de complicaciones maternas y perinatales, por ello, es fundamental que todas las parejas tengan acceso a información y servicios para mejorar la supervivencia, el desarrollo integral de la niñez y la salud de la mujer y su familia.

El uso actual de la anticoncepción fue reportado por 71.9 por ciento de mujeres que actualmente están casadas o en unión, el método más popular es la esterilización femenina, que es usada por una de cada tres mujeres (36.8 por ciento). El siguiente método más popular son los inyectables, que representa 19.8 por ciento, un 4.2 por ciento de las mujeres utiliza pastillas anticonceptivas, 3.9 por ciento de las mujeres informó el uso del DIU y 2.2 por ciento el uso de condón masculino.

## **Necesidad no satisfecha**

La necesidad total no satisfecha de anticoncepción es la suma de la necesidad no satisfecha para espaciar y la necesidad no satisfecha para establecer un límite en el número de hijos. Este resultado asciende al 11.1 por ciento de las mujeres casadas o en unión que no utilizan un método anticonceptivo. Las mujeres que presentan un mayor porcentaje de necesidad no satisfecha son las que se encuentran en el rango de edad de 15- a 19 años con 21.6 por ciento.

A nivel nacional la necesidad satisfecha que incluye a las mujeres casadas o en unión que están usando (o cuyas parejas están usando) un método anticonceptivo<sup>7</sup>, y no desean tener más hijos/as, están usando esterilización masculina o femenina o se declaran como infértiles es 71.9 por ciento. El 74.6 por ciento de las mujeres del área urbana tienen la necesidad satisfecha de anticoncepción en comparación con el 67.5 por ciento de las mujeres en el área rural.

---

<sup>6</sup> Encuesta Nacional de Salud 2014, Instituto Nacional de Salud

El porcentaje de mujeres casadas o en unión que actualmente usa anticonceptivos, respecto a la demanda total de anticonceptivos es del 86.6 por ciento a nivel nacional.

### **Atención prenatal <sup>8</sup>**

Una mejor comprensión del crecimiento y desarrollo del feto y de su relación con la salud de la madre ha llevado a que se preste más atención al potencial de la atención prenatal como una intervención para mejorar la salud de la madre y del recién nacido. La prematurez y el bajo peso al nacer, se pueden reducir a través de una combinación de intervenciones para mejorar el estado nutricional de las mujeres y prevenir y tratar oportunamente infecciones durante el embarazo.

En El Salvador, el 92 por ciento de la atención prenatal es realizado principalmente por médicos, seguido por la atención brindada por enfermeras con el 4.0 por ciento y solo el 1.7% de mujeres no recibió atención prenatal; el 95.8 por ciento recibieron atención prenatal más de una vez y 90.1 de las madres recibieron atención prenatal al menos cuatro veces.

En general, 83.8 por ciento de mujeres con un nacido vivo en los últimos dos años tuvo su primera consulta de atención prenatal durante el primer trimestre de su último embarazo, con una mediana de 2.0 meses de embarazo en la primera visita, entre las que recibieron atención prenatal. El 70.9 por ciento de mujeres que no poseen ningún tipo de educación realizó su primera consulta de atención prenatal en el primer trimestre de embarazo, este porcentaje va incrementando a medida incrementa el nivel de educación, mostrando que el 93.6 por ciento de mujeres con educación universitaria se realizan el control en el mismo periodo de tiempo. El mismo comportamiento presenta el indicador en cuanto a los niveles de riqueza, se puede observar que el 77.2 por ciento de las mujeres que viven en los hogares más pobres realizan su control en el primer trimestre del embarazo, en comparación del 92.1 por ciento de las mujeres que viven en los hogares más ricos.

### **Asistencia durante el parto**

Aproximadamente tres cuartos de todas las muertes maternas ocurren debido a causas obstétricas directas<sup>9</sup>. La única y principal intervención para tener una maternidad segura es asegurar que en cada parto haya un profesional de la salud competente en un centro de atención obstétrica.

El 97.7 por ciento de los nacimientos que se produjeron en los dos años previos a la encuesta fueron atendidos por personal calificado y el 31.5 por ciento de las mujeres dieron a luz por cesárea. El 66.5 por ciento de mujeres que tuvieron su parto en un hospital privado recurrieron a la cesárea. La práctica de cesáreas por niveles de educación varía entre el 27.3 por ciento en mujeres con educación primaria y el 42.6 por ciento en mujeres con educación universitaria.

---

<sup>8</sup> Encuesta Nacional de Salud 2014, Instituto Nacional de Salud

<sup>9</sup> Say, L et al. 2014. *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*. The Lancet Global Health 2(6): e323-33. DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.

Cerca del 97.5 por ciento de los nacimientos en El Salvador se atienden en un centro de salud; 95.1 por ciento de los partos se atienden en centros del sector público y 2.4 por ciento, en centros del sector privado.

### **Controles de salud posnatales <sup>10</sup>**

El momento del nacimiento e inmediatamente después, es una ventana de oportunidad crítica para realizar intervenciones que salvan vidas, tanto para la madre como para el recién nacido. En todo el mundo, aproximadamente 3 millones de recién nacidos mueren anualmente en el primer mes de vida<sup>11</sup> y la mayoría de estas muertes se producen dentro del primer o segundo día de haber nacido<sup>12</sup>, que es también cuando se produce la mayoría de las muertes maternas<sup>13</sup>.

En general, 96.7 por ciento de los recién nacidos tiene un control de salud después del nacimiento, ya sea en el centro de salud o en el hogar, el 95.9 por ciento de las primeras visitas de atención a posnatal para recién nacidos fueron realizadas por personal del sector público lo cual es coherente con el nuevo modelo de atención implementado en la Reforma de Salud del MINSAL en los últimos 5 años.

Los profesionales de la salud más comunes, a parte de los médicos, enfermeras entre las mujeres rurales son los trabajadores de salud de la comunidad que atienden al 23.2 por ciento. Normalmente se espera, aunque es interesante notarlo, que todas las mujeres que dan a luz por cesárea sean atendidas por un médico o enfermera en su primera consulta de atención posnatal, sin embargo solo el 81.6 por ciento son atendidas por estos profesionales, mientras que el 18.4 por ciento restante es atendida por trabajadores de la salud de la comunidad.

### **Bajo peso al nacer**

El peso al nacer es un buen indicador no solo de la salud de la madre y de su estado nutricional, sino también de las posibilidades de supervivencia del recién nacido, su crecimiento, salud en el largo plazo y desarrollo psicosocial. Las niñas y niños con bajo peso al nacer también suelen tener un coeficiente intelectual más bajo, así como discapacidades cognitivas, que afectan su rendimiento en la escuela y sus oportunidades de empleo en la edad adulta.

La intervención por excelencia para la prevención del bajo peso al nacer y la prematurez es el Control Prenatal completo y de Calidad con enfoque de determinación social. Esto último es muy importante para la consideración de las Redes Integrales de Servicios de Salud del MINSAL como parte de la

---

<sup>10</sup> Encuesta Nacional de Salud MICS 2014. Instituto Nacional de Salud.

<sup>11</sup> UN Interagency Group for Child Mortality Estimation. 2013. *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013*.

<sup>12</sup> Lawn, JE et al. 2005. *4 million neonatal deaths: When? Where? Why?* Lancet 2005; 365:891–900.

<sup>13</sup> WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. 2012. *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010*. World Health Organization.

Reforma de Salud, desde el primer y segundo nivel de atención para tratar oportunamente las causas reconocidas, como la desnutrición materna, las infecciones y las enfermedades crónicas en la mujer, así como las relacionadas con la determinación socio ambiental como la violencia, vulnerabilidad social (pobreza, exclusión social, madres solteras).

En general, el 8.8 por ciento pesan menos de 2.500 gramos al nacer. El 5 por ciento de las niñas y niños menores de cinco años de El Salvador tiene bajo peso y 0.9 por ciento está clasificado como niñas y niños con bajo peso grave. El 13.6 por ciento de las niñas y niños tienen baja talla y 2.7 por ciento baja talla grave. El 2.1 por ciento de niñas y niños menores de 5 años tienen emaciación y 0.4 por ciento tienen emaciación grave, por otra parte seis de cada cien niñas y niños tienen sobrepeso o pesan demasiado para su talla a nivel nacional.

En cuanto a la práctica de la lactancia materna el 42 por ciento de los bebés son amamantados por primera vez dentro de la primera hora después del nacimiento, mientras que 72 por ciento de los recién nacidos en El Salvador inician la lactancia dentro del primer día del nacimiento. Aproximadamente 47.0 por ciento de las niñas y niños menores de seis meses reciben lactancia exclusiva y la valoración general usando el indicador de la dieta mínima aceptable reveló que solo 67.0 por ciento de los niños y niñas de 6 a 23 meses se beneficiaba de una dieta suficiente tanto en diversidad como en frecuencia.

A nivel nacional el porcentaje de cualquier tipo de anemia es de 28.8. Este aumenta con la edad y es mayor en los menores de 10 a 11 meses (58.8 por ciento). Entre los infantes de 6 a 59 meses, son las niñas las que presentan un porcentaje ligeramente más alto de prevalencia de cualquier tipo de anemia (29.2 por ciento) en comparación con la de los niños (28.3 por ciento) y por área de residencia son más afectados quienes viven en el área rural (31.1 por ciento) en comparación con la urbana (26.9 por ciento).

## **Salud del niño/a**<sup>14</sup>

### **Vacunas**

El cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) consiste en reducir en dos tercios la mortalidad en la niñez entre 1990 y 2015. La inmunización desempeña un papel clave en este objetivo. Además, el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP, por su sigla en inglés) fue aprobado por los 194 Estados Miembros de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2012 para hacer realidad la visión de la Década de las Vacunas mediante el acceso universal a la inmunización.

El esquema de vacunación que sigue el Programa Nacional de Inmunización de El Salvador proporciona las vacunas recomendadas por la OMS con dosis de nacimiento contra la BCG (en las primeras 24 horas de vida), tres dosis de la vacuna pentavalente que contiene antígenos de DPT, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), tres dosis vacuna contra la poliomielitis, dos dosis de la vacuna antineumocócica (conjugada), dos dosis de la vacuna contra el rotavirus, una dosis de la vacuna SPR que contiene

---

<sup>14</sup> Encuesta Nacional de Salud MICS 2014, Instituto Nacional de Salud.

antígenos del sarampión, rubéola y paperas, y además, una refuerzo de la vacuna antineumocócica (conjugada).

El porcentaje de niños/as que tenía todas las vacunas recomendadas al momento de su primer/segundo cumpleaños es 80.2 por ciento y el 80.9 por ciento de las mujeres que tuvieron un hijo en los últimos dos años está protegida contra el tétano neonatal. Las cifras de cobertura individual para los niños/as de 24 a 35 meses de edad generalmente son similares a los de 12 a 23 meses de edad, lo que sugiere que la cobertura de inmunización en promedio ha estado mejorando en El Salvador entre 2013 y 2014.

## **Mortalidad en la niñez <sup>15</sup>**

La tasa de mortalidad infantil es de 17 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de niños/as menores de cinco años es de 20 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el mismo período, lo que indica que 3 por cada 1000 nacidos vivos son muertes de niños/as de 1 a 4 años. La mortalidad neonatal en el quinquenio más reciente se estima en 11 por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa el 65% de la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad post-neonatal en los últimos 15 años se muestra con un descenso de 11 a 6 por cada 1.000 nacidos vivos.

Para el caso la tasa de mortalidad en menores de 5 años es mayor en el área rural (24 por cada mil nacidos vivos) que en el área urbana (17 por cada mil nacidos vivos).

### **Niñas y niños en edad escolar**

Relacionado con continuidad de la educación de las niñas y niños de primaria, la tasa neta de asistencia ajustada a secundaria, se encuentra en 63.3 por ciento, el 29.2 por ciento de niñas y niños en edad para asistir a la escuela secundaria están fuera del sistema educativo.

A mayor nivel de escolaridad de la madre se observa incremento en la tasa de asistencia en secundaria, el mismo comportamiento se refleja por quintiles de riqueza de los hogares. La proporción que está fuera de la escuela asciende al 41.9 cuando la madre no vive en el hogar. Además hay una brecha importante en la tasa neta de asistencia por área de residencia, ya que en el área urbana es de 70.6 por ciento y en el área rural es de 53.3 por ciento.

En conclusión, la situación de salud en general y específicamente la de mujeres, niños y niñas depende de una serie de determinantes socio ambientales, y del ejercicio de derechos para enfrentar condiciones de desigualdad social. La situación de infraestructura sanitaria en los hogares, la educación y el acceso a información, a servicios de salud y a condiciones de bienestar, permiten el desarrollo de buenas prácticas para avanzar, no solo en materia de mejorar la calidad de la supervivencia infantil, sino también, y principalmente, en la generación de más y mejores oportunidades de crecimiento y desarrollo integral de la niñez y por tanto de la misma nación.

---

<sup>15</sup> Encuesta Nacional de Salud MICS 2014. Instituto Nacional de Salud

## **Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en Adultos<sup>16</sup>**

La transición epidemiológica y la evolución socioeconómica mundial se ha caracterizado por el incremento de la sobrevivencia y envejecimiento de la población con una determinación social cargada de condiciones de desigualdad donde el nivel de escolarización para el caso de las ECNT la población con menor nivel educativo es la más afectada, por los efectos o externalidades negativas, la pobreza, la nutrición inadecuada, la inseguridad ocupacional, el consumo de tabaco y alcohol que a su vez, de manera inercial afectan la calidad de vida de la población por el daño vascular crónico producido en todos los órganos vitales del cuerpo humano.

De acuerdo a la magnitud reflejada en la cantidad de personas afectadas y la gravedad por el impacto en la discapacidad y mortalidad prematura, la medición de las condiciones pre mórbidas representan en la historia natural de las ECNT más prevalentes, una oportunidad para el diseño de intervenciones preventivas efectivas para la protección de la población mayor de 20 años.

Por el orden descendente en la medición de las prevalencias, la dislipidemia (26.8%), la hipertrigliceridemia (42.4%), la hipercolesterolemia (25.5%), el sobrepeso (38%) y la obesidad (27%) representan condiciones, relacionadas con la evolución hacia la pre hipertensión arterial (27%), la hipertensión arterial (37%), la prediabetes (25%), la diabetes mellitus (12.5%), enfermedad renal crónica (21.2%), enfermedad renal crónica temprana (12.9%) y la insuficiencia renal crónica (8.3%).

En general por área de residencia la población urbana es la más afectada, con mayor prevalencia de la insuficiencia renal crónica en los hombres a diferencia del resto de ECNT que son más prevalentes en mujeres (obesidad, hipertensión arterial y diabetes), lo cual representa un factor del alto riesgo reproductivo en las mujeres en edad fértil que son sujetas de atención en todas las maternidades del país..

### **Factores de riesgo**

Los factores de riesgos comunes y modificables pueden contribuir a la prevención del 80% de la mortalidad prematura por las ECNT, sobre los cuales se deben orientar políticas poblacionales para su control y prevención.

Los patrones de actividad física y de consumo de alimentos y sustancias nocivas son determinantes de la situación metabólica de las personas con efectos directos e indirectos de la salud cardiovascular y renal, así como en el desarrollo de la diabetes mellitus y complicaciones vasculares sistémicas.

El 33% de los encuestados resultaron con actividad física baja, el 44.4% tiene una dieta inadecuada (menos de 5 porciones de frutas y/o verduras en el día), el 87% agrega sal al preparar los alimentos, el 15% al momento de comer y el 80% consumen bebidas azucaradas.

---

<sup>16</sup> Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENECA 2014), Instituto Nacional de Salud.

En cuanto al consumo de alcohol y tabaco, el 25% expresó haber consumido alcohol en los últimos 30 días, el 0.6% fueron bebedores/as de riesgo y el 8% fue la prevalencia de consumo de tabaco.

El 66% consume menos agua de lo recomendado y el 11.5 % reportaron haber sufrido insolación durante su jornada laboral; por otra parte, el 88.9% expresó haber realizado actividades sobre algún cultivo durante su vida, el 50.3% manipularon agroquímicos durante el trabajo pesado, y el 33% los almacenó incluyendo equipo de fumigación. En cuanto a la exposición a la fumigación aérea, el 6.6% lo estuvo y 4.7% sufrió una intoxicación o envenenamiento con agroquímicos.

Al verificar el uso de analgésicos no esteroideos como factor de riesgo de daño renal, el 3.9% manifestó haberlos consumido principalmente ibuprofeno y diclofenaco.

En conclusión, la prevalencia de las enfermedades crónicas en general está asociada a determinantes sociodemográficos y ambientales que incluyen factores de riesgo conductuales en cuanto a las prácticas de consumo y el acceso potencial desregulado a contaminantes químicos y otros ambientales (en aire, agua y suelo).

### **Riesgo social alto (Violencia).**

En la última década, El Salvador ha sido tipificado como uno de los países más violentos del mundo. La tasa de 39.7 muertes por cada 100,000 habitantes experimentada en 2013 y considerada la más baja de la última década, es seis veces la media mundial y supera en cuatro veces el parámetro establecido por la OMS para considerar a la violencia una epidemia. La mayoría de estos homicidios se concentran en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS) y otros municipios densamente poblados, afectando a jóvenes entre 18 y 30 años, de los cuales el 86% son hombres y el 14% mujeres. El 70% de estos homicidios se cometen con armas de fuego. Según el Banco Mundial (2011), los costos directos de la criminalidad alcanzan los 2,010 millones de dólares, es decir el 10.8% del PIB anual. Estos costos equivalen a la suma del gasto público de salud y educación como porcentaje del PIB en 2011. En cuanto a la percepción popular del problema, la mitad de los salvadoreños (49.3 %) considera que la inseguridad y el crimen son el principal problema nacional (IUDOP, 2012).



Por otro lado, la violencia intrafamiliar y la violencia de género también cobran un papel fundamental en la salud de la población. El problema de la Violencia Intrafamiliar se vive en casi todos los hogares, siendo la psicológica con sus diferentes formas la modalidad más frecuente de Violencia Intrafamiliar, aunque la física es la expresión más atentatoria para la vida humana. La mayoría de las veces, estos casos no son denunciados primeramente por temor a represalias, ya sea de tipo físico, psicológico, pero también por dependencia económica, por prestigio social, o porque se la considera natural. Según la Encuesta Nacional de Salud MICS 2014, 8.1% de las mujeres entre 15 y 49 años consideran que está

justificado que el esposo/pareja golpee o pegue a la mujer en al menos una de las siguientes circunstancias: (1) sale sin avisarle, (2) descuida a los niños/as, (3) discute con él, (4) rehúsa mantener relaciones sexuales con él, (5) quema la comida). Específicamente en lo que se refiere a esta última, se debe reconocer que existe un problema en el registro de los hechos de violencia de género contra las mujeres salvadoreñas, pues las estadísticas no registran todos los casos y tampoco separan los casos de violencia general contra las mujeres de los casos de violencia de género contra las mujeres.

## **II.1.2 MICROENTORNO**

### **La gobernabilidad del sistema nacional de salud <sup>17</sup>**

La gobernabilidad del sistema nacional de salud es la dimensión de la gobernanza que requiere mayor atención, en las condiciones político-institucionales de El Salvador; en ella se incluyen: a) Debilidades político-gerenciales en el sistema de salud, b) La segmentación del sistema de salud y fragmentación de las redes de atención, d) La subfinanciación pública del sistema de salud, e) La inequidad del financiamiento de la salud.

### **Financiamiento en salud, reforma y sus externalidades**

En materia de financiamiento se incrementó el presupuesto de salud como porcentaje del PIB de 1.8% en 2008 a 2.6 en 2013, lo cual permitió mejorar el per cápita para la población atendida por el MINSAL de US 87 a US\$ 137 cambiando la estructura porcentual del gasto privado que en 2008 fue % 40 y en 2013 % 33.

Durante el quinquenio la inversión en el primer nivel se incrementó en 83.5% y en el nivel hospitalario 55.2%

Los cambios positivos en la política social y el financiamiento permitieron fortalecer las RIIS en El Salvador: se crearon más de 6,000 nuevos puestos de trabajo cubriendo al 100% de los municipios más pobres del país incrementado las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de 377 en 2009 a 708 en 2014, con una inversión de US \$ 304.6 millones distribuidos entre el primer nivel de atención y hospitales.

Como un efecto estructural de la inversión, se incrementó la densidad de RRHH por 10 mil h. y la atención preventiva en los departamentos con mayores índices de pobreza, así como la proporción de familias cubiertas por Equipos Comunitarios de Salud (Ecos), por Departamentos. Se incrementaron las consultas con mayor variación positiva de más de 30% en las consultas preventivas, se incrementó el número de partos institucionales y la distribución entre los diferentes niveles de atención hospitalaria. Esto permitió disminuir la demanda anual de atención de partos y mejorar la pertinencia de las referencias al Hospital Nacional de la Mujer, atendiendo prioritariamente a mujeres con embarazos de alto riesgo y/o con morbilidad obstétrica extrema.

---

<sup>17</sup> El Salvador en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud Logros y desafíos. OPS, mayo 2014.

La Cobertura de inscripción prenatal pasó de 53.4% (2008) a 76.6% (2013), el Control posnatal de 49.2% (2008) a 93% (2013), el incremento de 43.8% Cobertura del parto institucional cercana al 90%, la contratación de Médicos Ginecólogos las 24 horas del día en 20 (71%) de las 28 maternidades, la creación de 20 Hogares de espera materna a nivel nacional, la capacitación en habilidades obstétricas para personal de primer nivel de atención y hospitales, y las auditorías del 100% de las muertes maternas y de morbilidades obstétricas extremas seleccionadas.

La iniciativa de Reforma de Salud del MINSAL para la cobertura universal de salud en el marco de la Atención Primaria de Salud Integral renovada, tiene implicaciones sistémicas en la Red Integrada de Servicios de Salud, en la calidad de gestión del financiamiento y los recursos humanos integrados en equipos multidisciplinarios y que faciliten los esfuerzos intersectoriales relacionados a la Determinación Social de la salud en los planes nacionales de desarrollo.

**Tabla 3**

**Distribución del Presupuesto Corriente del MINSAL según Niveles de Atención (Millones US \$)**

Niveles de atención	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014(p)
	(En millones de US \$)						
Primer Nivel de Atención (Regiones, SIBASIS, Unidades Comunitarias de Salud Familiar, Equipos Comunitarios de Salud, Cruz Roja Salvadoreña, FOSALUD y otras instituciones)	113.87	130.94	124.10	162.38	179.41	192.39	219.00
Segundo Nivel de Atención (Hospitales Generales)	102.28	122.31	132.59	143.65	153.50	171.70	186.66
Tercer Nivel de Atención (Hospitales Especializados e ISRI)	57.31	63.84	68.91	75.16	78.60	85.24	94.54
<b>Total Presupuesto de Establecimientos de Salud</b>	<b>273.46</b>	<b>317.10</b>	<b>325.60</b>	<b>381.19</b>	<b>411.51</b>	<b>449.33</b>	<b>500.20</b>
	En Porcentajes						
Primer Nivel de Atención	42%	41%	38%	43%	44%	43%	44%
Segundo Nivel de Atención	37%	39%	41%	38%	37%	38%	37%
Tercer Nivel de Atención	21%	20%	21%	20%	19%	19%	19%
<b>Total Presupuesto Corriente de Establecimientos de Salud</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Unidad Financiera Institucional/Unidad de Economía de la Salud/MINSAL

(\*) Para los años 2008 al 2013 se presenta el Presupuesto Modificado al cierre del ejercicio

(p): Para el año 2014, se presenta el Presupuesto Modificado a enero.

(1): No se incluyen otras fuentes de financiamiento, tales como donaciones, inversión con préstamos externos, FAE, PEIS y recursos propios.

18

El Presupuesto asignado según niveles de atención permite una panorámica de la distribución presupuestaria del MINSAL según niveles de atención, pudiendo apreciarse un esfuerzo sostenido por mejorar las asignaciones a todos los componentes de la RISS, con mención especial al primer nivel de atención, en cumplimiento de las políticas de salud y el desarrollo del proceso de reforma. La tendencia porcentual de la inversión en el tercer nivel es al decremento, no obstante la demanda de casos complejos (mujeres con morbilidad obstétrica extrema y padecimientos crónicos concomitantes, bebés prematuros o con muy bajo peso, y mujeres con cáncer) se está incrementando tanto de manera espontánea por parte de la población como por la referencia desde el primero y segundo nivel como afluente activo de casos a través de la Red Integrada de Servicios de Salud. Esto ocasiona que los recursos asistenciales y el gasto de bienes y servicios se agota a mediados de año en nuestro hospital, y por otra parte la cobertura de personal especializado de médicos y de enfermeras se ha vuelto insuficiente principalmente en el servicio de neonatología, dándose situaciones de ausentismo laboral y efectos adversos en la prestación de servicios por agotamiento del personal.

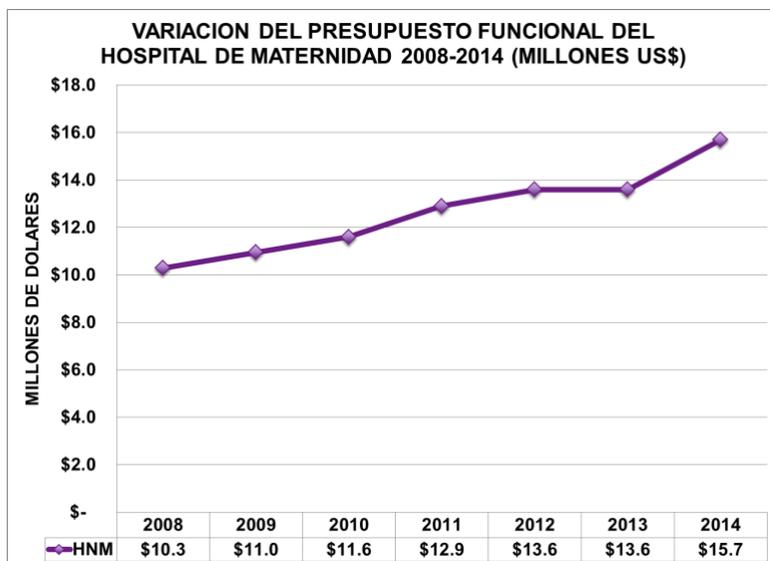
En el contexto político y socio económico de El Salvador y bajo la situación fiscal y de segmentación de los mecanismos de financiamiento público en salud, con limitantes en la sustentabilidad para la provisión de asistencia sanitaria esencial a un costo, que en resumidas cuentas, no ha sido suficientemente asequible para la comunidad y el país y que por tanto no ha permitido el desarrollo de un sistema de salud basado en la APS, principalmente en lo concerniente a la sustentabilidad como atributo sustantivo de la APS renovada desde Alma Ata. La RISS debe ser robusta en todos sus niveles para cualificar la APS integral que debe ser expedita a la población independientemente de la gravedad de sus estado de salud y por tanto hay que equilibrar de manera sustancial la asignación presupuestaria en los hospitales de referencia nacional. Las 28 maternidades del país deben tener las 4 especialidades básicas (ginecobstetricia, neonatología, medicina y cirugía) cubiertas las 24 horas los 365 días del año con los especialistas mejor formados, para mejorar la calidad de la RISS.

Es importante reconocer las pautas de integración de los fondos de aseguramiento del Instituto de Bienestar Magisterial con 27 hospitales nacionales para compensar los costos de atención a sus beneficiarios y coadyuvar en el financiamiento público hospitalario. Esta pauta real de reforma es un llamado a la integración formal de las diferentes fuentes sectoriales del Sistema Nacional de Salud (ISSS, FOSALUD) para avanzar, desde una perspectiva económica sustentable, a un modelo de sinergia e integración del Sistema Nacional de Salud.

Los gerentes de servicios de salud están obligados a adaptarse a los constantes cambios y “reformas” en el entorno; cambios de origen multifactorial que determinan que solo los servicios con gerencia flexible y adaptable podrán desempeñarse con niveles aceptables de eficiencia.

## II.2 ANÁLISIS INTERNO

Gráfico 1



Fuente: Ley de Presupuesto 2008-2014

### II.2.1 LIMITACIONES ESTRUCTURALES

No obstante la evolución ascendente de las asignaciones presupuestarias de 2008 a 2014, se tiene un déficit que aumenta la brecha histórica presupuestaria que impide la pronta solución de los problemas, como insuficiente recursos humano especializado en las diferentes áreas de atención y funcionamiento, así como fallas de las máquinas, equipos, instalaciones e infraestructura para su pronta puesta en funcionamiento y trabajo del que se depende grandemente en el hospital y toda la dificultad para cubrir de inmediato todas las necesidades prioritarias, como Medicamentos, insumos médicos, reactivos y otros de uso crítico para brindar una atención de calidad a las pacientes y recién nacidos que son atendidos en el hospital.

#### IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y/O NECESIDADES.

Problemas de demanda (problemas sanitarios)

- Demanda espontánea alta no pertinente al tercer nivel en la Unidad de Emergencia.
- Incumplimiento de los lineamientos del Sistema referencia / retorno/ interconsulta
- Referencia de paciente en condición inestable
- Referencias del primer y segundo nivel no pertinente
- Pacientes referidas sin un resumen clínico completo
- Paciente y acompañante sin información suficiente sobre su condición de salud, su tratamiento y su pronóstico.

- Riesgo social alto.  
Problemas de oferta (gestión y de inversión)
- Deficiente distribución de horas medico
- Recurso humano insuficiente
- Sobrecarga laboral
- Ausentismo del personal de algunas áreas (especialmente enfermería)
- Deficiente control de pruebas de laboratorio; indicación y recepción.
- Falta de ambulancias en buen estado y adecuadas para el transporte de pacientes.
- Abastecimiento de insumos y medicamentos críticos insuficientes y no oportunos.
- Burocratización de la atención a las personas.

## II.2.2 SITUACION ASISTENCIAL DE LA DEMANDA

Lo más destacable del análisis de la demanda es que el 80% de las hospitalizaciones son principalmente para la atención especializada del parto, la atención especializada de los recién nacidos y la atención especializada de mujeres con tumores y neoplasias.

FIGURA I



En la tabla 4 se resumen las cantidades de defunciones en tres subconjuntos de interés: a) Mortalidad en pacientes Adultas (incluye las muertes maternas) que constituyen el 17% del total de muertes, b) Mortalidad Materna y c) Mortalidad en Recién Nacidos que representan el 83% de las muertes hospitalarias. Durante los últimos tres años, la mortalidad en general ha aumentado de forma constante. Del total de fallecidas adultas, el 53% están asociadas a patologías oncológicas y/o Ginecológica y el 47% están descritas como mortalidad materna.

La primera causa de egreso hospitalario es el embarazo, parto y puerperio, no obstante las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas representan la segunda causa de egreso. La tercera causa de egreso lo constituyen los tumores y neoplasias. Las principales causas de consulta son las afecciones genitourinarias y tumores y neoplasias principalmente, destacando el incremento anual de las enfermedades crónicas no transmisibles en la mujer tanto en edad fértil como después de los 50 años.

**Tabla 4**  
**Mortalidad años 2010 - 2015**

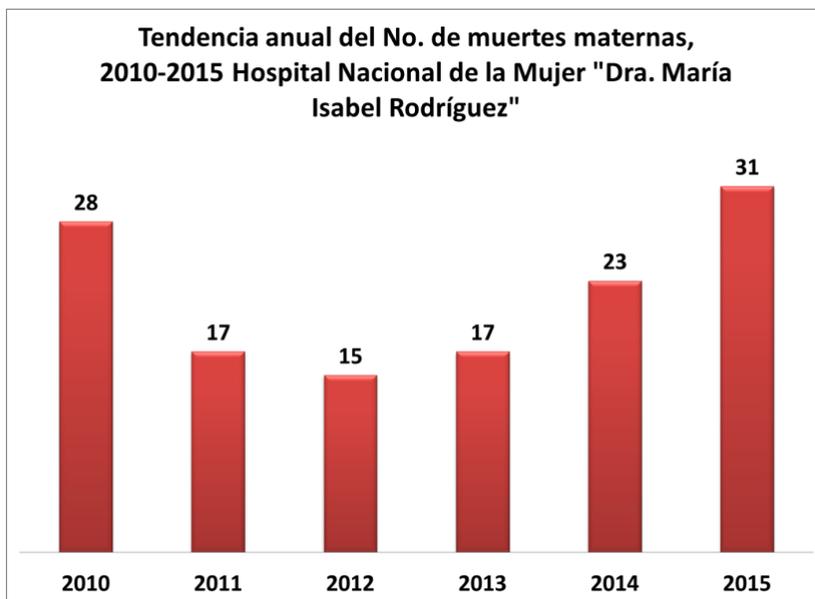
Año	Totales	Adultas (Incluye maternas)	Maternas	Recién nacidos
2010	255	45	28	210
2011	269	34	17	235
2012	224	25	15	199
2013	274	47	17	227
2014	300	53	23	247
2015	312	66	31	246

*Fuente: SIMMOW*

### Maternidad Segura

La tendencia del número de muertes maternas durante el período 2010-2015 presentó un comportamiento ascendente que amerita una evaluación de los procesos de atención en la red de servicios, principalmente en lo relacionado a la calidad del control prenatal en el primer nivel de atención y en la consulta hospitalaria de embarazos de alto riesgo, así como de la eficacia de la atención del parto y sus complicaciones en la red hospitalaria, específicamente en los cuidados críticos de mujeres delicadas con morbilidad obstétrica extrema.

### Gráfico 2



*Fuente: SIMMOW*

Las principales causas de muerte materna en 2015 (31) fueron los trastornos hipertensivos (9), la hemorragia (8), Sepsis (7) y otras causas (7) como diabetes, cardiopatías, VIH, intoxicaciones, pancreatitis y hepatitis.

Para brindar mas seguridad a la maternidad e impactar en la reducción de la mortalidad materna habrá que mejorar la eficacia en el manejo de la morbilidad obstétrica extrema, incrementando la cobertura de la participación de uciólogos en los equipos multidisciplinarios de 8 a 24 horas los 365 días del año. Con esto se espera reducir la mortalidad materna, mejorar los tiempos promedio de estancia en cuidados críticos, lograr mayor eficiencia al intervenir en la estabilización de pacientes en los diferentes servicios hospitalarios para prevenir mayores complicaciones y disminuir costos hospitalarios. La sostenibilidad de los recursos humanos especializados en cuidados críticos será fundamental para nuestro hospital y un compromiso social con el derecho a la salud de nuestra población.

En cuanto a los procesos de control, diariamente se hará énfasis en los criterios y competencias técnicas que determinan la estancia del paciente en cuidados críticos, la oportunidad del ingreso, la precisión diagnóstica para evitar fallas de admisión prematura y la necesidad de generar el alta una vez cumplido el propósito del ingreso. Además se agilizarán los procesos de gestión con los diferentes sistemas de apoyo asistencial y logístico, farmacia, interconsulta y terapia ventilatoria según necesidad de las pacientes.

A nivel de la gestión en red para el control de fallas del sistema de salud en RIISS, se incrementará la calidad de los procesos de comunicación para las interconsultas y/o remisión de pacientes delicadas a otro nivel de complejidad.

### **Análisis de la tendencia de mortalidad neonatal 2010-2015**

La condición del peso fetal al nacer y la edad gestacional adecuados, continúan siendo factores cualitativos de la atención que requieren de un trabajo mas integrado y sinérgico con el primer nivel de atención y el personal comunitario, para asegurar el bienestar fetal y materno, por medio del control prenatal calificado y la atención preconcepcional en mujeres de alto riesgo social (madres solteras, con bajos ingresos, violencia y otras condiciones de alto estrés) alto riesgo reproductivo, adolescentes y mujeres adultas con enfermedades crónicas de base (obesidad, diabetes, hipertensión arterial y otras).

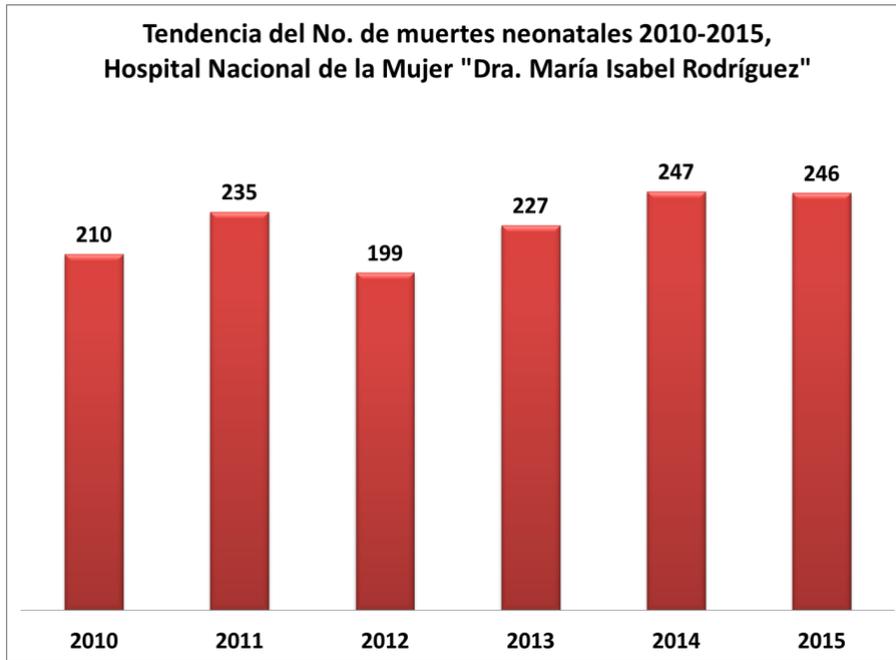
Las principales causas de muerte neonatal hospitalaria en general, se concentran en la inmadurez extrema, otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas que en la mayoría de los casos son incompatibles con la vida.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup>SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etéreo, HNM, 2015

Las causas básicas de muerte neonatal son en primer lugar, patologías prevenibles en el 85% y en segunda instancia las malformaciones congénitas en un 15%. Es claro que la tendencia de la mortalidad neonatal y la tendencia de la incidencia de recién nacidos con muy bajo peso cursan paralelamente.

**Gráfico 3**



Fuente: SIMMOW

Las causas de mortalidad del Recién Nacido en 2015 fueron: 1) prematuridad (175, 71%) destacando que todos los años estudiados la mortalidad neonatal está más determinada por la tendencia anual de casos de muy bajo peso al nacer (< de 1,500 gramos), 2) malformaciones congénitas (38, 15%), 3) sepsis (9, 4%), asfixia (8, 3%) y 4) otras causas (16, 7%). Las Malformaciones más frecuentes según diagnóstico clínico fueron: hidrocefalia, anencefalia, holoprosencefalia, Síndrome de Potter, Síndrome de Edwards, malformaciones cardíacas y otras malformaciones.

### **Prevención del distres respiratorio de los recién nacidos**

No obstante, que la cobertura de control prenatal a nivel nacional es arriba del 90% en las madres que tuvieron niños con menos de 1,500 gramos, la protección con corticoides antenatales está por debajo de 80%, lo cual representa un determinante de complicaciones respiratorias en los recién nacidos de

madres entre las 24 y 34 semanas de embarazo, principalmente bajo condiciones de riesgo socio ambiental (estrés materno fetal e infecciones).

**Protección contra la Membrana Hialina como complicacion letal en el recién nacido.**

Situación diferente a la oportunidad de los corticoides antenatales para prevenir complicaciones pulmonares en el recién nacido desde el primer nivel de atención. Una intervención que hace la diferencia entre la vida y la muerte de un recién nacido con muy bajo peso al nacer es la cobertura hospitalaria de surfactante y ventilación mecánica sobre los casos reportados de membrana hialina, lo cual determina la sobrevivencia de recién nacidos.

**Tabla 5**  
**Causas de muerte en el prematuro**

Diagnostico	frecuencia
Síndrome de Distres Respiratorio	58
Neumonía Congénita	33
Otros: Hipotermia, Neumotórax, IVU, Bronco Displasia Pulmonar	31
Sepsis	24
Malformaciones	20
Enterocolitis Necrotizante	10
Asfixia Perinatal	3
Total	179

Fuente: SIMMOW

Esta correlación de morbimortalidad infantil sugiere oportunidades de mejora en la Gestión Clínica Materno Infantil para los próximos diez años, principalmente en lo que concierne a la prevención de la inmadurez extrema y la prematuridad, con los cuidados obstétricos y el cuidado del bienestar fetal desde el primer nivel de atención.

El nivel de eficacia preventiva de la red en todos los niveles de atención, determina la eficiencia y la efectividad en el abordaje especializado de tercer nivel, principalmente por las limitantes históricas en la disponibilidad de personal especializado en los servicios de neonatología así como el desabastecimiento de tecnologías sanitarias (medicamentos, insumos y equipo) en los servicios de atención materna como ha sido el caso de la carencia de tocolíticos de alta eficacia para el tratamiento de la Amenaza de Parto Prematuro, así como la prevención y control de la prematuridad.

**Morbilidad materna asociada a la mortinatalidad.**

Según el departamento de Neonatología, de los casos de muertes fetales, las comorbilidades maternas más frecuentes son los trastornos hipertensivos del embarazo, la diabetes mellitus y procesos infecciosos agregados al embarazo. Además de mejorar la disponibilidad de tocolíticos eficaces para tratar la amenaza de parto prematuro hasta las 34 semanas de gestación en las maternidades desde el segundo nivel de atención, es vital la aplicación de esteroides para la maduración pulmonar en toda la RISS hasta las 36<sup>6/7</sup> semanas de edad gestacional.

El acceso al manejo clínico efectivo de la amenaza de parto prematuro y la maduración pulmonar del feto, incluyendo el trabajo social y apoyo psicológico en casos de violencia familiar o comunitaria, son intervenciones eficaces para contribuir a la reducción de la mortalidad neonatal.

**Tabla 6**

**Causas de mortalidad en adultos en 2015**

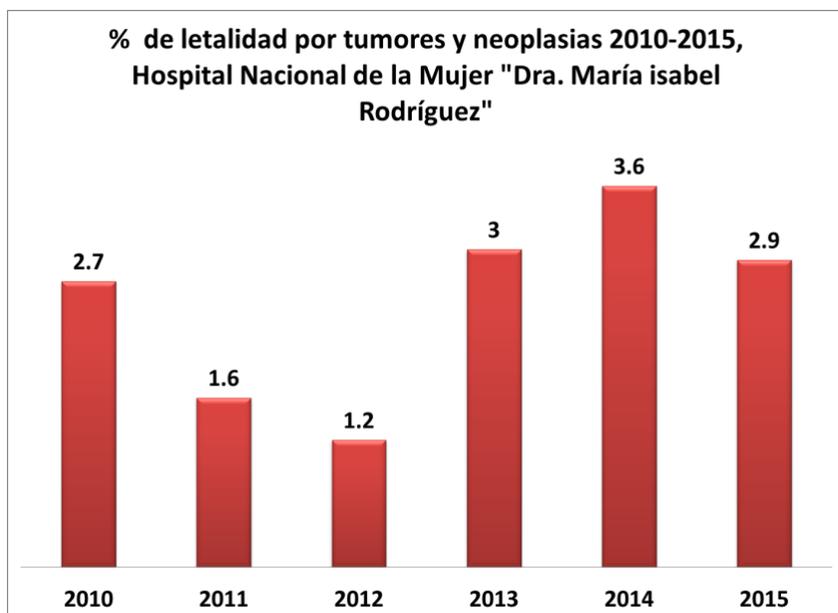
Diagnóstico	Frecuencia
Tumor maligno de la mama	11
Tumor maligno del ovario	6
Tumor maligno del cuello del útero	7
Neumonía / Ca de mama, Ca de útero	2
Tumor maligno del endometrio	1
Tumor maligno de vulva	1
Tumor abdominopelvico	1
Síndrome nefrítico crónico / Ca de ovario	1
Insuficiencia cardiaca / cáncer de mama	1
Septicemia / Cáncer de útero	1
Otros tumores	3
<b>Total</b>	<b>35</b>

Fuente SIMMOW

## ATENCION ONCOLOGICA

En el servicio de oncología se totalizaron 1,219 egresos y las primeras 4 causas fueron los tumores malignos: en la mama en primer lugar, en ovario en segundo lugar, en cuello uterino en tercer lugar y en endometrio en cuarto lugar, no obstante la letalidad por cáncer ha mantenido una tendencia ascendente, principalmente desde 2012 a 2015 que cerró con una letalidad de 2.9% (Gráfico 4).

**Gráfico 4**



*Fuente SIMMOW*

Para el futuro se espera incrementar la detección temprana, principalmente el de seno, en diferentes etapas o estadios, así como las alternativas de tratamiento para las personas fortaleciendo el servicio de Oncología del hospital, con mejores tratamientos quirúrgicos, y aumento de la quimioterapia ante el potencial incremento de la demanda por personas con manejo de quimioterapia y radioterapia y a la utilización de quimioterapia de segunda y tercera línea para la atención paliativa. Una situación crucial en la evolución de los casos de cáncer será la disponibilidad oportuna de los medicamentos ya que esto determina el impacto en la progresión de la enfermedad, así como la oportunidad de poder coadyuvar el tratamiento con cirugía de forma oportuna y resolutive.

**Tabla 7**

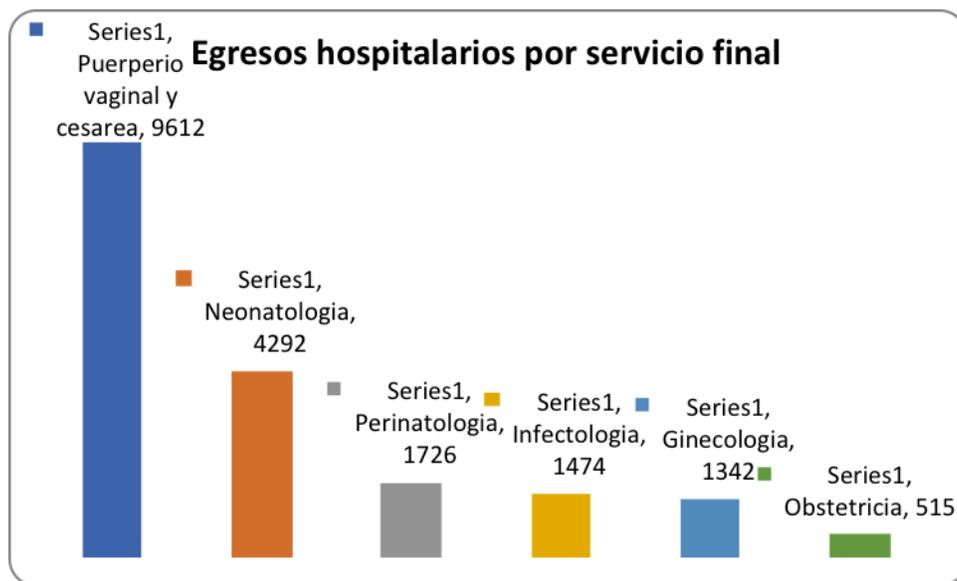
INCIDENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (2010-2015)

Diagnostico	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Diabetes Mellitus	505	484	405	604	808	580
Hipertensión Arterial	264	190	446	684	1314	587
Enfermedad Renal Crónica	13	11	12	19	25	20
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	87	20	13	8	10	11
Cáncer de mama	129	94	69	151	288	252
Cáncer de Cérvix	212	162	146	129	187	154

Fuente SIMMOW

**Gráfico 5**

**SERVICIOS DE HOSPITALIZACION 2015**



Fuente: SIMMOW 2015

**Tabla 8**

**Egresos Hospitalarios por especialidad 2015**

Egresos hospitalarios	Casos
Obstetricia	12845
Ginecología	2810
Neonatología	4218

Fuente: SIMMOW 2015

**Tabla 9****Causas de Egreso Hospitalario 2015**

Nombre	N° Egresos
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	11,734
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	4,013
Tumores [neoplasias] (C00-D48)	1,219
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	963
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	836
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	216
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	203
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	195
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	167
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	165
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	140
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	96
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	94
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	71
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	35
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	20
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	11
Indeterminado	6
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	5
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	3
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	3
Total	20,195

Fuente: SIMMOW 2015

**Tabla 10**

**Primeras 10 causas de Egreso Hospitalario En Recién Nacidos 2015**

No.	Diagnóstico	Frecuencia
1	Recién nacidos pre término	1052
2	Sepsis bacteriana del recién nacido	502
3	Recién nacido afectados por ruptura prematura de las membranas	271
4	Recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	240
5	Taquipnea transitoria del recién nacido	224
6	Dificultad respiratoria del recién nacido	208
7	Recién Nacido afectado por enfermedad renal y de vías urinarias de la madre	196
8	Neumonía congénita debida a agente viral	175
9	Bajo peso al nacer	158
10	Inmaduridad extrema	108

Fuente SIMMOW 2015

**Tabla 11**  
**CONSULTA EXTERNA**

Especialidad	Primera Vez	Subsecuentes	Curativas	Preventivas	Total	%	%	Registros
	Diagnóstico	Diagnóstico				Curativas	Preventivas	
Embarazo Alto Riesgo	593	3,151	3,744	3,430	7,174	52.19	47.81	3,835
Planificación Familiar	45	397	442	1,678	2,120	20.85	79.15	1,520
Nutrición	526	463	989	1,139	2,128	46.48	53.52	1,241
Detección Embarazo Alto Riesgo	673	605	1,278	1,120	2,398	53.29	46.71	1,279
Ginecología	2,009	11,461	13,470	546	14,016	96.10	3.90	13,651
Infectología	229	637	866	314	1,180	73.39	26.61	884
Obstetricia	71	93	164	151	315	52.06	47.94	165
Clínica riesgo preconcepcional	76	106	182	108	290	62.76	37.24	188
Colposcopia	520	14,566	15,086	65	15,151	99.57	0.43	15,088
Neonatología	18	795	813	34	847	95.99	4.01	813
Infertilidad	1,466	4,299	5,765	21	5,786	99.64	0.36	5,770
Medicina Interna	1,376	2,298	3,674	21	3,695	99.43	0.57	3,674
Clínica de Mama	766	4,230	4,996	13	5,009	99.74	0.26	4,996
Psiquiatría	331	232	563	3	566	99.47	0.53	564
Genética Perinatal	283	448	731	3	734	99.59	0.41	731
Infectología Pediátrica	112	169	281	2	283	99.29	0.71	281
Oncología	503	6,246	6,749	1	6,750	99.99	0.01	6,749
Cardiología	144	3,957	4,101	1	4,102	99.98	0.02	4,102
Nefrología	119	622	741	1	742	99.87	0.13	741
Cardiología Pediátrica	297	207	504	0	504	100.00	0.00	504
Anestesiología	1,797	195	1,992	0	1,992	100.00	0.00	1,992
Algología	12	141	153	0	153	100.00	0.00	153
Psicología	757	769	1,526	0	1,526	100.00	0.00	1,526
Urología	146	483	629	0	629	100.00	0.00	629
Neumología	1,330	356	1,686	0	1,686	100.00	0.00	1,686
Cirugía General	288	208	496	0	496	100.00	0.00	496
Uroginecología	246	736	982	0	982	100.00	0.00	982
Selección	3,694	11,658	15,352	0	15,352	100.00	0.00	15,352
Odontología	69	151	220	0	220	100.00	0.00	220
Total	18,496	69,679	88,175	8,651	96,826	91.07	8.93	89,812

Fuente SIMMOW2015

**Tabla 12**

**Resumen de atenciones de Consulta Externa por Especialidad**

<b>Consulta Externa</b>	<b>Casos</b>
Obstetricia	10925
Ginecologia	55638
Neonatologia	1598
Otras especialidades	17144
Programas	4507
Total	89812

Fuente SIMMOW2015

**Tabla 13**

**Atención en Consulta Externa causas Obstétricas 2015**

<b>Diagnostico</b>	<b>Casos</b>
Preeclampsia severa	408
Embarazo mas diabetes	754
Cesárea previa	329
Abortadora habitual	197
Isoinmunizacion rhesus	193
Embarazo múltiple	160
Hipertension gestacional	146
Tumor uterino mas embarazo	145
Oligohidramnios	134
Embarazo mas infección de vias urinarias	115

Fuente SIMMOW 2015

**Tabla 14**  
**Consulta Externa Causas Ginecológicas**

Consulta Externa Causas Ginecológicas	Casos
Displasia Cervical leve	11814
Tumor maligno de la mama	4435
Masa en la mama	3573
Leiomioma del utero	3308
Infertilidad femenina	2992
Displasia cervical severa	1845
Tumor benigno de ovario	1638
Hiperplasia de la glandula del endometrio	1305
Tumor maligno del cuello del utero	1202
Ovario poliquistico	1109

Fuente SIMMOW 2015

**CONSULTA DE EMERGENCIA**

**Tabla 15**

**Número de consultas de emergencia por especialidad 2015**

Especialidad	Consultas
Obstetricia	21,199
Ginecología	4490
Total	25,689

Fuente: SIMMOW

**Tabla 16**  
**Causas de atención obstétricas en emergencia**

Diagnostico	Casos
Inicio de trabajo de parto	4744
Aborto	1226
Embarazo mas ruptura prematura de membranas	1097
Embarazo mas cesárea previa	1080
Amenaza de aborto	797
Parto prematuro	764
Preeclampsia severa	625
Oligohidramnios	568
Embarazo mas infección de vías urinarias	454
Embarazo más sufrimiento fetal agudo	323
Hipertensión gestacional	302

Fuente SIMMOW 2015

**Tabla 17**  
**Causas de atención ginecológicas en emergencia**

<b>Diagnostico</b>	<b>Casos</b>
Hemorragia uterina anormal	302
Hiperplasia de glándula del endometrio	155
Leiomiomas	149
tumor maligno del cuello del útero	98
Tumor maligno del ovario	85
Tumor maligno de la mama	83
Dolor pélvico	64
Abuso sexual	59
Tumor benigno del ovario	51
Trastorno inflamatorio de la mama	46

*Fuente SIMMOW 2015*

**INTERVENCIONES QUIRURGICAS**

**Tabla 18**  
 Procedimientos quirúrgicos 2015 por clase de cirugía

Mayor Emergencia Hospitalización	5,234
Mayor Electiva Hospitalización	4,098
Mayor Emergencia Ambulatoria	650
Mayor Electiva Ambulatoria	727
Menores	5,390
Total	16,099

*Fuente SIMMOW*

**Tabla 19**

Procedimientos quirúrgicos 2015 según tipo de intervención

Intervención	Número
Episiotomía	4829
Cesárea	3775
Salpingectomía	1681
Histerectomía abdominal	769
Ooforectomía	374
Laparotomía	436
Cistectomía	182
Mastectomía	166
Resutura de pared abdominal	103
Biopsias de mama	89

Fuente SIMMOW

**Tabla 20****Primeras 10 causas de atención de egresos Obstétricos**

No.	Diagnóstico	Frecuencia
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	1,622
2	Desgarro perineal de primer grado durante el parto	1,218
3	Parto por cesárea electiva	893
4	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación	729
5	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	721
6	Parto prematuro	506
7	Preeclampsia severa	406
8	Infección de la bolsa amniótica o de las membranas	388
9	Oligohidramnios	359
10	Trabajo de parto obstruido debido a desproporción fetopelviana, sin otra especificación	319

Fuente SIMMOW 2015

**Tabla 21*****Primeras 10 causas de atención de egresos del recién nacido en el período perinatal***

No.	Diagnóstico	Frecuencia
1	Recién nacidos pretérmino	838
2	Sepsis bacteriana del recién nacido	792
3	Dificultad respiratoria del recién nacido	697
4	Otro peso bajo al nacer	464
5	Neumonía congénita debida a agente viral	164
6	Recién nacido afectados por ruptura prematura de las membranas	141
7	Recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	120
8	Ictericia neonatal, no especificada	118
9	Inmaduridad extrema	115
10	Recién nacido afectados por enfermedades infecciosas de la madre	84

Fuente SIMMOW 2015

**Tabla 22*****Primeras 10 causas de atención de egresos relacionados a tumores***

No.	Diagnóstico	Frecuencia
1	Leiomioma del útero, sin otra especificación	456
2	Tumor maligno de la mama, parte no especificada	301
3	Tumor benigno del ovario	141
4	Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación	85
5	Tumor maligno del ovario	74
6	Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada	50
7	Tumor benigno de la mama	42
8	Tumor maligno del endometrio	41
9	Tumor benigno de otros sitios especificados	12
10	Tumor maligno del útero, parte no especificada	9

Fuente SIMMOW 2015

**TIEMPO DE ESPERA DURANTE LOS AÑOS 2012- 2015**

**Tabla 23**

**Consulta Externa Especializada Tiempos de espera para obtener una cita de primera vez en días.**

Indicadores	2012	2013	2014	2015
1. Tiempo de espera para obtener una consulta externa de MEDICINA INTERNA.	43	24 días	22 días	25 días
2. Oportunidad de obtener una consulta externa de GINECOLOGÍA.	65 días	33 días	56 días	54 días
4. Tiempo de espera para obtener una consulta externa de CIRUGÍA GENERAL.	44 días	26 días	28 días	49 días
5. Oportunidad de obtener una consulta externa de OBSTETRICIA	52	33	40	52 días
7. Tiempo de espera para obtener una consulta externa de NEFROLOGIA	48	44	32	51 días
8. Tiempo de espera para obtener una consulta externa de CARDIOLOGIA	35	60	20	44 días
13. Tiempo de espera para obtener una consulta externa de UROLOGÍA	70	46	25	31 días
16. Tiempo de espera para obtener una consulta externa de NEUMOLOGÍA	90	48	41	50 días

*Fuente: Unidad Organizativa de Calidad.*

La tabla muestra que los resultados en comparación con el año 2012 los tiempos de espera de consulta externa especializada se han logrado disminuir.

**Tabla 24**

**Consulta por Emergencia (horas, minutos)**

Indicadores	2012	2013	2014	2015
1. Tiempo de espera (Solicitud-triage) en minutos	6 min	5 min	5 min	17 min
2. Tiempo de intermedio de espera (Triage- atención médica) en minutos	55min	88 min	75 min	94 min
3. Tiempo ingreso (Indicación de ingreso - cama hospitalización) en minutos	137 min	109 min	66 min	42 min
4. % de ocupación de la Unidad de Urgencias: (evalúa el grado de ocupación de las camillas o unidades de evaluación clínica en Emergencias.)	100%	100%	100%	100%

*Fuente: Unidad Organizativa de Calidad.*

### **II.2.3 OFERTA DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN**

1. Servicios de atención obstétrica.
  - ✓ Puerperio.
  - ✓ Perinatología.
  - ✓ Obstetricia.
2. Servicios de atención ginecológica.
  - ✓ Ginecología.
  - ✓ Oncología.
3. Servicios de atención en:
  - ✓ Infectología.
4. Servicios de atención de recién nacidos
  - ✓ Recién nacidos Cuidados Mínimos.
5. Servicios de cuidados especiales Niños
  - ✓ Unidad de cuidados Intermedios de neonatos
  - ✓ Unidad de Cuidados Intensivos de neonatos.
6. Servicios de cuidados especiales Adultos
  - ✓ Unidad de cuidados Intensivos de adultas.
  - ✓ Unidad de Cuidados especiales de adultas.
7. Atención de partos vaginales y operatorios.
8. Realización de Cirugías Obstétricas y Ginecológicas.
  - ✓ Electivas
  - ✓ De emergencia.

#### *SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO*

El Hospital Nacional de la Mujer cuenta también con los servicios de Diagnóstico y Apoyo que complementan la atención en salud mediante la atención en:

- Laboratorio Clínico.
- Radiología e Imágenes.
- Ultrasonografía.

## II.2.4 CAPACIDAD INSTALADA

TABLA 25

### CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA

No.	Asignación de cubículos del primer nivel	Clasificación	Funcionando (si/no)
1	Infectología	Consultorio médico	no
2	Infectología	Consultorio médico	si
3	Colposcopia	Consultorio médico	si
4	Colposcopia	Consultorio médico	si
5	Colposcopia	Consultorio médico	si
6	Colposcopia	Consultorio médico	si
7	Colposcopia	Consultorio médico	si
8	Fisioterapia	Cubículo de atenciones no medicas	si
9	Quimioterapia	Consultorio médico	si
10	Selección	Consultorio médico para selección	si
No.	Asignación de cubículos del segundo nivel	Clasificación	Funcionando (si/no)
1	Jurídico	Cubículo de atenciones no medicas	si
2	Programación quirúrgica	Consultorio médico	si
3	Planificación	Consultorio médico	si
4	Ginecología	Consultorio médico	si
5	Ginecología	Consultorio médico	si
6	Ginecología	Consultorio médico	si
7	Odontología	Consultorio médico	si
8	Genética Perinatal	Consultorio médico	si
9	Obstetricia	Consultorio médico	si
No.	Asignación de cubículos del segundo nivel	Clasificación	Funcionando (si/no)
10	Ultrasonografía	Cubículo para medios diagnósticos	si
11	Medicina Reproductiva	Consultorio médico	si
12	Medicina Reproductiva	Consultorio médico	si
13	Oncología	Consultorio médico	si
14	Clínica de mama	Consultorio médico	si
15	Clínica de mama	Consultorio médico	si
16	Clínica Empresarial	Consultorio médico	si
17	Clínica Empresarial	Consultorio médico	si
18	Urología	Consultorio médico	si
19	Especialidades	Consultorio médico	si

No.	Asignación de cubículos del segundo nivel	Clasificación	Funcionando (si/no)
20	Especialidades	Consultorio médico	si
21	Electrocardiograma	Cubículo para medios diagnósticos	si
22	Psicología	Cubículo de atenciones no medicas	si
23	Nutrición	Cubículo de atenciones no medicas	si

Fuente: Consulta Externa

**TABLA 26**

*HORAS DE ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA*

Clasificación de Consultas externas	Promedio de horas de atención por semana	Promedio de horas de atención por día
Especialidades de Ginecología	254	50
Especialidades de Obstetricia	44	8
Especialidades de Oncología	34	6
Especialidades de Pediatría	0	0
Especialidades de cirugía y medicina	93	18

Fuente Consulta Externa

**TABLA 27**

*CONSULTORIOS DE EMERGENCIA*

No	Asignación de cubículos de la Unidad de Emergencia	Clasificación	Funcionando (si/no)
1	Obstetricia	Consultorio médico	si
2	Obstetricia	Consultorio médico	si
3	Gineco Obstetricia	Consultorio médico	si
4	Gineco Obstetricia	Consultorio médico	si
5	Gineco Obstetricia	Consultorio médico	si
6	Gineco Obstetricia	Consultorio médico	si
7	Cubículo para oficina de Enfermería	Oficina administrativa	si
8	Consultorio para casos de Abuso	Consultorio médico	si

Fuente: Unidad de Emergencia

**TABLA 28****HORAS DE ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE EMERGENCIA**

Clasificación de Consultas externas	Promedio de horas de atención por semana	Promedio de horas de atención por mes
Especialidades de Ginecología	(24h/d)x(7d)	(168h/s) x(4s)
Especialidades de Obstetricia	<b>168 horas</b>	<b>672 horas</b>
Especialidades de Pediatría	0	0
Especialidades de Cirugía y Medicina	0	0

Fuente: Unidad de emergencia

**TABLA 29****DISPONIBILIDAD DE CAMAS HOSPITALARIAS**

NO.	SERVICIO HOSPITALARIO	CAMAS EN H NUEVO	TOTAL
1	Puerperio	60	CAMAS CENSABLES <b>228</b>
2	Perinatología	48	
3	Obstetricia	18	
4	Ginecología	18	
5	Oncología	15	
6	Infectología	19	
7	Neonatología	50	
8	UCI A	5	CAMAS NO CENSABLES <b>233</b>
9	UCE	5	
10	RN Intermedios	70	
11	RN UCI	40	
12	Sala de Operaciones	12	
13	Cirugía Ambulatoria	4	
14	Observación de emergencia	10	
15	Máxima Urgencia	3	
16	Partos / Recuperación	34	
17	Cunas de alojamiento conjunto	50	
	<b>Total</b>	<b>461</b>	<b>461</b>

Fuente: Unidad de Planificación

**TABLA 30***DISPONIBILIDAD DE QUIRÓFANOS*

<b>Servicio</b>	<b>Quirófano</b>	<b>Actividad</b>	<b>Clasificación SPME</b>	<b>Horas diarias funcionando</b>
Sala de Operaciones	1	Cirugía de emergencia	Quirófano de Emergencia	10
Sala de Operaciones	2	Cirugía electiva	Quirófano de Gineco Obstetricia	8
Sala de Operaciones	3	Cirugía electiva	Quirófano de Gineco Obstetricia	8
Sala de Operaciones	4	Cirugía electiva	Quirófano de Gineco Obstetricia	8
Sala de Operaciones	5	Cirugía electiva	Quirófano de Gineco Obstetricia	8
Sala de Operaciones	6	No habilitado	Quirófano de Gineco Obstetricia	0
Sala de Operaciones	7	Videolaparoscopia	Quirófano de Gineco Obstetricia	8
Sala de Operaciones	8	No habilitado	Quirófano de Gineco Obstetricia	0
Emergencia	9	Emergencia (5pm a 7am)	Quirófano de Emergencia	14
Partos	10	Cesáreas	Quirófano de Emergencia	24
Partos	11	Cesáreas	Quirófano de Emergencia	24

*Fuente: Unidad de Planificación*

**TABLA 31**

**Estructura de Recursos Humanos para el año 2016**

<b>Nombre de Plaza</b>	<b>Numero de plazas</b>	<b>Plazas Fijas</b>	<b>Plazas Destacadas</b>	<b>Plazas Ad-Honoren</b>	<b>Plazas Interinas</b>
Asistente Dental	1	1			
Auxiliar Administrativo II	1	1			
Auxiliar Contable	2	2			
Auxiliar de Almacén I	1	1			
Auxiliar de Almacén II	1	1			
Auxiliar de Enfermería Hospitalaria	204	204			
Auxiliar de Estadística (Hospital)	15	15		1	
Auxiliar de Pagaduría	3	3			
Auxiliar de Personal I (Nivel Regional y Hospitalario)	4	4			
Auxiliar de Servicio	18	18			
Auxiliar de Tesorería	7	7			
Auxiliar Financiero	3	3			
Ayudante de Enfermería	16	16			
Colaborador Técnico de Nutrición (Hospital Especializado)	1	1			
Colaborador Técnico Especialista	1	1			
Colaborador Técnico III	1	1			
Contador de Hospitales	1	1			
Coordinador de Area de Laboratorio Clínico (Tercer Nivel)	12	12			
Coordinador de Centro de Cómputo	1	1			
Costurera (Hospital)	2	2			
Digitador	1	1			
Digitador de Datos	1	1			
Director Médico Hospital Especializado	1	1			
Encargado de Compras	3	3			
Encargado de Despensa	1	1			
Encargado de Informática	1	1			
Enfermera Hospitalaria	123	115	8	6	
Enfermera Jefe de Unidad Hospitalaria	13	12	1		
Enfermera Jefe del Departamento de Enfermería (Hospital Especializado)	1	1			
Enfermera Jefe del Servicio de Arsenal y Central de Esterilización	1	1			
Enfermera Subjefe Departamento de Enfermería	1	1			

<b>Nombre de Plaza</b>	<b>Numero de plazas</b>	<b>Plazas Fijas</b>	<b>Plazas Destacadas</b>	<b>Plazas Ad-Honoren</b>	<b>Plazas Interinas</b>
(Hospital)					
Enfermera Supervisora Hospitalaria	9	9			
Fisioterapeuta	2	2			
Guardalmacén I (con fianza, Centros y Hospitales)	1	1			
Impresor	1	1			
Ingeniero Biomédico	1	1			
Jardinero	1	1			
Jefe Area de Banco de Sangre (Tercer Nivel)	1	1			
Jefe de Cocina	1	1			
Jefe de Farmacia	1	1			
Jefe de Laboratorio Clínico (Tercer Nivel)	1	1			
Jefe de Radiología	1	1			
Jefe de Residentes	2	2			
Jefe de Telefonía (Hospital)	1	1			
Jefe de Trabajo Social	1	1			
Jefe de Unidad de Asesoría Jurídica	1	1			
Jefe de Unidad de Auditoría Interna	1	1			
Jefe de Unidad de Enseñanza (Hospital Especializado, 4 horas diarias)	1	1			
Jefe de Unidad de Informática	1	1			
Jefe Departamento de Mantenimiento (Hospital Especializado)	1	1			
Jefe Departamento de Recursos Humanos (Hospital Especializado)	1	1			
Jefe Departamento de Suministros (Hospital Especializado)	1	1			
Jefe Departamento Financiero Contable (Hospital Especializado)	1	1			
Jefe Departamento Médico de Hospital Especializado (8 horas diarias)	2	2			
Jefe Departamento Servicios Generales (Hospital Especializado)	1	1			
Jefe División Administrativa (Hospital Especializado)	1	1			
Jefe División de Diagnóstico y Servicios de Apoyo (Hospital Especializado, 4 horas diarias)	1	1			
Jefe División Médica de Hospital Especializado (4 horas diarias)	1	1			

<b>Nombre de Plaza</b>	<b>Numero de plazas</b>	<b>Plazas Fijas</b>	<b>Plazas Destacadas</b>	<b>Plazas Ad-Honoren</b>	<b>Plazas Interinas</b>
Jefe Encargado de Oxígeno (Hospital)	1	1			
Jefe Sección Auxiliares de Servicio (Hospital)	1	1			
Jefe Sección Biomédica	1	1			
Jefe Sección de Estadística y Documentos Médicos (Hospital)	1	1			
Jefe Sección de Lavandería (Hospital)	1	1			
Jefe Sección de Porteros Vigilantes (Hospital)	1	1			
Jefe Sección de Transportes (Hospital)	1	1			
Kardista (Hospital)	3	3			
Laboratorista II	3	3			
Lavandera y Planchadora	33	33			
Médico Consulta General (8 horas diarias)	1	1			
Médico de Consulta General (2 horas diarias)	1	1			
Médico Especialista	1	1			
Médico Especialista I (2 horas diarias)	10	10		2	
Médico Especialista I (4 horas diarias)	11	10	1		
Médico Especialista I (6 horas diarias)	4	3	1		
Médico Especialista I (8 horas diarias)	26	26			
Médico Especialista II (2 horas diarias)	18	18			
Médico Especialista II (3 horas diarias)	3	3			
Médico Especialista II (4 horas diarias)	17	17			
Médico Especialista II (6 horas diarias)	6	6			
Médico Especialista II (8 horas diarias)	6	6			
Médico Jefe de Servicio (2 horas diarias)	3	3			
Médico Jefe de Servicio (4 horas diarias)	10	10			
Médico Jefe de Servicio (6 horas diarias)	1	1			
Médico Practicante Interno de Medicina	40	40			40
Médico Residente en Subespecialidad	8	8			8
Médico Residente I (Becario)	21	21			21
Médico Residente II (Becario)	9	9			9
Médico Residente III (Becario)	13	13			13
Mensajero	1	1			
Motorista II	3	3			
Obrero de Mantenimiento I	1	1			
Obrero de Mantenimiento II	4	4			
Odontólogo Colaborador Técnico	1	1			
Operador de Sistemas	2	2			
Ordenanza	3	3			

<b>Nombre de Plaza</b>	<b>Numero de plazas</b>	<b>Plazas Fijas</b>	<b>Plazas Destacadas</b>	<b>Plazas Ad-Honoren</b>	<b>Plazas Interinas</b>
Portero Vigilante	2	2			
Preparador de Fórmulas Nutricionales	4	4			
Profesional de Nutrición	1	1			
Profesional en Laboratorio Clínico (Tercer Nivel)	21	21		2	
Profesional en Química y Farmacia	5	5			
Profesional en Radiología	1	1			
Psicólogo	1	1			
Psicólogo (4 horas diarias)	1	1			
Radiotecnólogo	7	7			
Secretaria I	13	13			
Secretaria II	5	5			
Subdirector Médico Hospital Especializado	1	1			
Subjefe de Farmacia	1	1			
Subjefe del Servicio de Anestesiología	1	1			
Subjefe Sección de Estadística y Documentos Médicos (Hospital)	1	1			
Supervisor de Lavandería (Hospital)	1	1			
Supervisor de Limpieza	1	1			
Técnico de Comunicaciones	1	1			
Técnico en Anatomía Patológica	5	5			
Técnico en Arsenal y Central de Esterilización	24	24			
Técnico en Citopatología	1	1			
Técnico en Estadística y Documentos Médicos (Hospital)	2	2			
Técnico en Farmacia	6	6			
Técnico en Mantenimiento I	3	3			
Técnico en Mantenimiento II	3	3			
Técnico en Mantenimiento III	4	4			
Técnico en Saneamiento Ambiental	1	1			
Técnico en Terapia Respiratoria	10	10			
Técnico Informático	1	1			
Tecnólogo en Anestesia	22	22			
Tecnólogo en Fisioterapia	3	3			
Telefonista-Conmutador	2	2			
Tesorero Institucional	1	1			
Trabajador de Mantenimiento	4	4			
Trabajador Social	6	6			

Fuente: Unidad de Recursos Humanos

### III. PENSAMIENTO ESTRATEGICO

#### VISION

*"Ser el hospital de referencia a nivel nacional en la especialidad de ginecología, obstetricia y neonatología con mejores ambientes de infraestructura, tecnología y recurso humano, que garanticen proporcionar atención médica de calidad a sus usuarias"*

#### MISION

*"Proporcionar atención médica en la especialidades de ginecología, obstetricia, neonatología y sus ramas afines con calidad y con alto sentido humano a la población, así como realizar investigación científica y participar en el desarrollo del recurso humano médico, de enfermería y paramédico para cumplir con los requerimientos y exigencias según estándares internacionales de calidad y seguridad"*

#### VALORES

- 1. Compromiso:** es dar prioridad a la salud de la mujer salvadoreña y de su recién nacido en el marco de las principales políticas públicas.
- 2. Equidad:** se traduce a que todas las personas disfruten de similares oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través del acceso a todos los recursos del sistema.
- 3. Ética médica:** comportamiento, reflejado en conductas sobre la base de valores humanos, y profesionales como fundamento de todas las actividades del SNS.
- 4. Honestidad y Honradez:** actuar en correspondencia con la moral, sustentada en el honor, la sinceridad, austeridad y el cumplimiento de la palabra empeñada en todos los momentos de actuación.
- 5. Humanismo:** sensibilidad y comprensión del desempeño en el respeto irrestricto a la condición humana, donde prevalezca el trato respetuoso y digno a compañeros de trabajo, al individuo, la familia y la comunidad.
- 6. Profesionalidad:** poseer y aplicar las competencias científicas y experiencias requeridas para garantizar la calidad técnica y de los servicios de la salud pública.

**7. Responsabilidad:** obligación con el cumplimiento de los servicios médicos tanto en el orden individual y comunitaria.

**8. Solidaridad:** ayuda mutua , consciente y voluntaria entre los seres humanos y los pueblos para dar apoyo mediante acciones concretas al alivio del dolor y como contribución al mejoramiento humano en el ámbito nacional e internacional.

**9. Transparencia:** es asumir el funcionamiento de la gestión pública, como precondition de buena administración, rectitud fiscal, sostenibilidad, honestidad y responsabilidad.

**10. Actuar eminentemente Laico:** El personal no debe hacer proselitismo religioso ni discriminar a los demás por causas religiosas.

## **ENFOQUES**

### **Gestión hospitalaria basada en resultados**

Esto ha significado optimizar el balance entre una administración basada en el control de la aplicación de normas y procedimientos, y una administración que se comprometa ante los ciudadanos, a la obtención de resultados y a rendir cuentas por la ejecución de los mismos. Su instrumentación plantea la utilización de un nuevo modelo administrativo más colaborativo y comprometido con la población que demanda los servicios de este hospital. Se ha establecido un modelo gerencial prospectivo, a partir de mejorar los procesos de direccionamiento estratégico por medio de diferentes comités, desde el nivel superior para dinamizar el direccionamiento integral de los procesos misionales relacionados con la atención, la mejora continua de la formación de pregrado y post grado, así como el manejo clínico especializado en beneficio de la mujer y los recién nacidos. Simultáneamente se han mejorado gradualmente la gestión de los sistemas de apoyo diagnóstico, el funcionamiento de la infraestructura y equipos, y la gestión de los recursos humanos, físicos y financieros que son vitales para la producción de los servicios finales en beneficio de la población.

Figura 2



**Enfoque de derechos humanos.** Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales por lo cual se deben generar condiciones que aseguren la salud durante toda su vida a las personas. En consecuencia, la lógica del diseño de políticas públicas debe cambiar para que partan de la concepción de que las personas tienen derechos y no de que deben ser asistidas.

**Determinación social de la salud (DSS).** Revela las relaciones de poder y exalta las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la determinación social de los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia. La determinación social de la salud reconoce el fuerte vínculo de la ciencia y la política, y establece como propósito central de la investigación y de la acción, la transformación social<sup>20</sup>.

**Enfoque de curso de vida.** El enfoque de curso de vida, para un hospital especializado en salud reproductiva implica una visión integral del bienestar materno fetal desde el período preconcepcional en la mujer, su familia y su comunidad, para garantizar una fecundidad de alta calidad con el fin de mejorar la potencialidad humana desde la primera infancia y contribuir al desarrollo y bienestar de la familia y las comunidades. Con este enfoque se busca lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura del país porque considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales a garantizar durante toda su vida.

<sup>20</sup> Morales-Borrero, Carolina... [et al]. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Revista de Salud Pública, Vol. 15, No. 6, 2013, pp. 797-808.

**Enfoque de equidad en salud.** La equidad en salud comprendería eliminar las disparidades evitables en la salud y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes grados de privilegio social. Las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad hacen que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud estén mal distribuidas. Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, las características físicas del lugar en que habita y la calidad del entorno natural en que vive la población<sup>21</sup>. Según el carácter de dichos entornos, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta variarán para cada grupo, haciéndoles más o menos vulnerables a la enfermedad. La estratificación social también crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad.

**Equidad de género en salud.** La inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado de la salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario. Las estrategias de equidad de género se utilizan para finalmente lograr la igualdad. La equidad es el medio, la igualdad es el resultado.<sup>22</sup>

## **GESTION CLINICA MATERNO INFANTIL EN RIISS**

Como país, persiste el desafío de reducir las muertes infantiles prevenibles y se reconocen los compromisos mundiales para trabajar sobre el tema de la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia, tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, una promesa renovada<sup>23</sup> (mortalidad neonatal); la Estrategia y Plan de acción para la salud integral en la niñez; Plan del recién nacido y la reducción de la prematuridad como la principal causa de mortalidad por medio de una atención preconcepcional y del control prenatal de alta calidad en el territorio nacional.

La salud materna e infantil es, en principio, un tema de equidad que bajo la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral constituye el núcleo del sistema de salud del país, el cual forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Al momento, bajo la perspectiva expansiva y óptima de la calidad, es pertinente retomar recomendaciones dignas de reiterar, para acelerar el proceso de mejora de la supervivencia infantil y maternidad segura a 2025, y que se destacan a continuación:

---

<sup>21</sup> Subsanan las desigualdades sociales en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico de la Comisión de Determinantes Sociales. Pág. 3. Organización mundial de la Salud.

<sup>22</sup> Equidad de género en salud. Hoja informativa. Programa Mujer, salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2680&Itemid=259&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2680&Itemid=259&lang=es)

1. Elevar al más alto nivel de coordinación técnica intersectorial (los temas de mortalidad materna e infantil y el embarazo en adolescentes por su carácter multicausal).
2. Avanzar en la integración de las diferentes fuentes financieras del sector salud para mejorar la apuesta a la reducción de la mortalidad infantil, principalmente en los servicios de perinatología y neonatología de las maternidades a nivel nacional.
3. Mejorar el régimen de formación de médicos internos y residentes en función de la seguridad de las personas usuarias de los servicios de salud.
4. Empoderar y educar a las mujeres, sus familias y comunidades para vivir saludablemente, decidir y controlar sus procesos de procreación y tomar decisiones oportunas en relación al uso de los servicios de salud preconceptionales, planificación familiar, control prenatal, la atención hospitalaria del parto, los cuidados puerperales y del recién nacido.
5. Incrementar la educación para la salud en la familia para mejorar las practicas de autocuidado y ser sujetos de transformación y resiliencia desde el hogar.
6. Distribución comunitaria de métodos anticonceptivos, con énfasis en los métodos de larga duración (inyecciones bimensuales, dispositivo intrauterino, etc.) y de métodos permanentes en los hospitales garantizando la oferta básica de métodos anticonceptivos en todas las redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS).
7. Fortalecer el proceso de supervisión capacitante en el ejercicio directo de atención a las personas para mejorar la calidad de las competencias en los cuidados obstétricos y perinatales que debe ejercer el personal operativo desde los niveles más especializados en las maternidades como en el segundo y primer nivel de atención.
8. Mejorar el enfoque de los sistemas de la calidad en la atención integral principalmente en la evaluación concurrente en servicio de la dimensión de la seguridad del paciente, principalmente a nivel hospitalario.
9. Insistir en la eficacia, el acceso, la eficiencia y la efectividad del control prenatal con enfoque en el bienestar fetal y materno.
10. Garantizar la atención del parto por especialistas (obstetras y pediatras neonatólogos) y suficiente personal de enfermería, de anestesia y de laboratorio y la provisión de sangre segura, las 24 horas, los 365 días del año.
11. Sensibilizar sobre el enfoque de derechos y la determinación social de la salud al personal técnico de salud que atiende directamente a las mujeres en los momentos preconceptional, prenatal y puerperal, a fin de que se sientan comprometidos (as) con las personas usuarias y su condición social.
12. Garantizar la atención esencial del recién nacido y la reanimación neonatal, por medio de personal especializado en pediatría/neonatología.
13. Impulsar la lactancia materna exclusiva como la forma de alimentación por excelencia en los menores de 6 meses y enfatizar sobre la importancia vital de aplicarla estrictamente en recién nacidos prematuros o de bajo peso.
14. Ampliación progresiva, a todo el país y en todas las instituciones del Sector salud, de acciones de promoción, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación de las enfermedades crónicas no trasmisibles, con un enfoque operativo en el curso de vida.
15. Incrementar en todas las instituciones del sector salud las acciones de identificación de las

conductas y factores de riesgo en la población y la detección temprana de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT) para su abordaje integral.

16. El MINSAL cuenta con un considerable número de Promotores de Salud, a quienes se debe definir con claridad qué responsabilidades deben tener para que trabajen articuladamente con las enfermeras y médicos de los equipos de salud y con los líderes comunitarios. Por la naturaleza de su ámbito de trabajo, ellos son los recursos idóneos para empujar la Promoción de la Salud y la inclusión de la salud en todas las acciones comunitarias en el territorio.
17. Implementar las mejores prácticas de salud comunitaria con la divulgación de experiencias de éxito en las prevención de la prematurez en áreas urbanas y rurales, así como en intervenciones eficaces especializadas de atención materna y neonatal en hospitales.
18. Por su parte el sistema sanitario debe estar preparado cuando la promoción y la prevención fallan. En el caso la salud neonatal, cuando la vida comienza, actualmente la principal causa es la prematurez y esta, a su vez, está fuertemente asociada a las infecciones de vías urinarias, y por tanto se debe enfocar en la calidad de la atención prenatal que es cuando se tiene la oportunidad de prevenir, sin dejar de considerar el efecto de la determinación social de estos problemas ya que el estrés materno y fetal están directamente relacionados con la inmadurez extrema y la prematurez tanto en las áreas rurales como urbanas.
19. Desarrollar un modelo mas integral de auditoría de muerte infantil que trascienda del enfoque biomédico y que incluya variables socio ambientales del binomio madre bebé, para aplicar el enfoque de determinación social de la morbimortalidad materna e infantil.
20. Potenciar el uso de la ficha familiar y dispensarización del 100% de las embarazadas en los territorios urbanos y rurales para mejorar la atención integral con enfoque de determinación social.
21. Para mejorar la prevención de la prematurez es importante revisar los protocolos de tratamiento de la Amenaza de Parto Prematuro y prevención del distres respiratorio con tecnologías sanitarias (tocolíticos, esteroides antenatales) más eficaces para mejorar la calidad de atención de las madres y sus recién nacidos.
22. En el ámbito hospitalario se deben crear las condiciones para la atención (por parte de personal calificado) de niñas y niños durante su nacimiento y las requeridas para su atención hospitalaria en caso presenten problemas de salud, incluyendo capacidad instalada de laboratorio clínico, rayos X y otros según la complejidad de los hospitales. En todo caso, es deseable que exista una efectiva articulación entre obstetras y pediatras/neonatólogos durante el trabajo de parto y el nacimiento.
23. Es importante fortalecer el sistema de registro de las anomalías congénitas y su investigación científica, pues representa la segunda causa de muerte infantil.
24. El método madre canguro es la intervención sanitaria crítica y específica para manejar a los niños prematuros o con bajo peso al nacer, por lo que el personal de salud debe estar debidamente capacitado para educar a las madres sobre cómo aplicarla en caso se presente la necesidad.

## IV. PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA

---

El propósito del Plan Estratégico Institucional es *Mejorar la salud de la mujer y los recién nacidos, mediante la atención integral especializada y oportuna en servicios de ginecobstetricia y neonatología*

### IV.1 METAS ESTRATÉGICAS

---

- Reducir el número absoluto de muertes maternas por debajo de 31 a nivel institucional.
- Reducir la tasa de mortalidad neonatal institucional por debajo de 25 por mil nacidos vivos.

### IV.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

---

Los **objetivos estratégicos** del Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez" son los siguientes:

OE.1.	Mejorar la salud de la mujer y los recién nacidos que demandan los servicios especializados de ginecología, obstetricia y neonatología con la mejor calidad técnica y trato humanizado durante 2016-2025.
OE.2.	Proteger la salud de mujeres adultas con enfermedades crónicas según prevalencia de tumores y neoplasias con la mejor calidad de servicios de ginecología y oncología durante 2016-2025.
OE.3.	Formar profesionales de pregrado y post grado con las mejores competencias en ginecología, obstetricia y neonatología durante 2018-2025 por medio de servicios especializados de docencia y asistencia hospitalaria.
OE.4.	Fortalecer la institucionalidad para el ejercicio de su función docente asistencial dentro del sistema nacional de salud por medio de la armonización y actualización del marco normativo y formulación de proyectos especiales, con el fin de ampliar la cobertura y garantizar la calidad de la gestión basada en resultados.

---

### IV.3 PROGRAMACION ESTRATEGICA 2016-2025

IV.3.1. EJES	IV.3.2. RESULTADOS	IV.3.3. INDICADORES
Salud Reproductiva y atención materno infantil.	Reducida la mortalidad materna y neonatal	No. de muertes maternas. Tasa de mortalidad neonatal institucional por mil nacidos vivos.
Salud de la Mujer y atención integral de enfermedades crónicas.	Reducida la letalidad por enfermedades crónicas (tumores y neoplasias)	Tasa de letalidad por cáncer ginecológico.
Gestión del talento humano y derechos laborales.	Personal médico especializado en ginecoobstetricia y neonatología	% de médicos graduados en ginecoobstetricia y neonatología.
Modernización y Desarrollo Institucional	Mejorada la gestión hospitalaria	No. de proyectos especiales para la mejora continua de la gestión hospitalaria.

### IV.4 ACTIVIDADES

#### IV.4.1 Servicios de emergencia

- IV.4.1.1 Brindar atención médica de emergencia en medicina general
- IV.4.1.2 Brindar atención médica de emergencia en la especialidad de medicina interna
- IV.4.1.3 Brindar atención médica de emergencia en la especialidad de cirugía
- IV.4.1.4 Brindar atención médica de emergencia en la especialidad de gineco-obstetricia
- IV.4.1.5 Brindar atención médica de emergencia en la especialidad de pediatría
- IV.4.1.6 Brindar otras atenciones de emergencia

#### IV.4.2 Servicios ambulatorios

- IV.4.2.1 Brindar atención médica ambulatoria en la especialidad de medicina interna
- IV.4.2.2 Brindar atención médica ambulatoria en la especialidad de cirugía
- IV.4.2.3 Brindar atención médica ambulatoria en la especialidad de gineco-obstetricia
- IV.4.2.4 Brindar atenciones no médicas en servicios ambulatorios
- IV.4.2.5 Brindar otras atenciones médicas ambulatorias

#### IV.4.3 Servicios de hospitalización

- IV.4.3.1 Brindar atención médica de hospitalización en la especialidad de medicina interna

- IV.4.3.2 Brindar atención médica de hospitalización en la especialidad de cirugía
- IV.4.3.3 Brindar atención médica de hospitalización en la especialidad de gineco-obstetricia
- IV.4.3.4 Brindar atención médica de hospitalización en la especialidad de pediatría (Neonatología)
- IV.4.3.5 Brindar otras atenciones médicas de hospitalización

**IV.4.4. Servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación**

- IV.4.4.1 Brindar atención en medicina física y rehabilitación
- IV.4.4.2 Realizar exámenes de laboratorio clínico
- IV.4.4.3 Realizar exámenes de radiología e imágenes
- IV.4.4.4 Realizar exámenes de anatomía patológica
- IV.4.4.5 Brindar atención en banco de sangre
- IV.4.4.6 Brindar atención en banco de leche humana
- IV.4.4.7 Brindar servicios de alimentación y dietas
- IV.4.4.8 Brindar servicios en farmacia
- IV.4.4.9 Brindar servicios de trabajo social
- IV.4.4.10 Brindar otras atenciones de apoyo logístico, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

**IV.4.5 Formación del Talento Humano y docencia**

- IV.4.5.1 Proporcionar formación complementaria a residentes y practicantes internos de los hospitales escuela.

**IV.4.6 PROYECTOS ESPECIALES**

- IV.4.6.1 Gestión de fondos para la contratación de 5 uciólogos para cobertura 24/7 los 365 días del año.
- IV.4.6.2 Proyecto UCI y fuera de UCI
- IV.4.6.3 Código Amarillo para el Manejo de la Sépsis en Ginecoobstetricia

- IV.4.6.4 Código Rojo para el manejo de la Hemorragia Severa en Obstetricia
- IV.4.6.5 Actualización de conocimientos en Ginecoobstetricia y Neonatología
- IV.4.6.6 Gestión del conocimiento en servicio médico hospitalario para médicos residentes y Staff
- IV.4.6.7 Inserción de DIU
- IV.4.6.8 Curso aplicación de componentes básicos en Ginecoobstericia
- IV.4.6.9 Taller Resucitación Cardiopulmonar
- IV.4.6.10 Promoción de la detección temprana del Cáncer de mama
- IV.4.6.11 Curso de Ultrasonografía Básico en Ginecoobstetricia
- IV.4.6.12 Pasantía por Anestesiología
- IV.4.6.13 Congreso nacional de residentes de Ginecología y Obstetricia
- IV.4.6.14 Implementación de la humanización a los cuidados de los recién nacidos
- IV.4.6.15 Programa canguro
- IV.4.6.16 Banco de leche
- IV.4.6.17 Tamiz auditivo y oftalmología para recién nacidos.
- IV.4.6.18 Programa de medicina fetal
- IV.4.6.19 Programa de cirugía neonatal
- IV.4.6.20 Programa de cirugía cardiovascular neonatal
- IV.4.6.21 Capacitación sobre interpretación de Panel de Inmunohistoquímica de mama y cérvix
- IV.4.6.22 Capacitación de usuario equipo Benchmark GX (inmunohistoquímica)
- IV.4.6.23 Instalación de Cabina de Flujo Laminar para la preparación de Mezclas Oncológicas
- IV.4.6.24 Prevención de Tuberculosis en el Hospital Nacional de la Mujer. (Cámara extractora de gases y vapores para el área de Bacteriología).
- IV.4.6.25 Traslado de Destilador de Agua
- IV.4.6.26 Caja de Cirugía Neonatal
- IV.4.6.27 Preparación de mezclas citostáticas Oncología

- IV.4.28 Estandarización con bolsa cuádruple para sangría de donantes
- IV.4.6.29 Gestión de insumos para laboratorio clínico
- IV.4.6.30 Instalación de 2 Estaciones de visualización de imágenes radiológicas en Máxima Urgencia y cubículo 5 de Ultrasonografía
- IV.4.6.31 Elaboración de documento Lineamientos técnicos para la realización de cesáreas
- IV.4.6.32 Auditoría diaria de las indicaciones de cesárea
- IV.4.6.33 Actualización de protocolo de realización de cesáreas electivas
- IV.4.6.34 Fortalecimiento de la excelencia académica
- IV.4.6.35 Revisión de expedientes para identificar factores de riesgo de partos pre-términos
- IV.4.6.36 Elaborar Protocolo de Detección y Manejo de la Patología Fetal
- IV.4.6.37 Proyecto de Cirugía Ambulatoria
- IV.4.6.38 Cirugía Laparoscópica
- IV.4.6.39 Plan piloto del Programa de Control Telefónico de Respuesta de Citología de la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia.
- IV.4.6.40 Preparación de quimioterapia con medidas de Bioseguridad
- IV.4.6.41 Propuesta de Convenio con Instituto de Bienestar Magisterial
- IV.4.6.42 Desarrollo de las tecnologías de información y comunicación para agilizar los procesos de atención a las personas y los procesamientos de datos estadísticos para el monitoreo y evaluación de resultados de desarrollo que faciliten la toma efectiva de decisiones.







#### IV.6 PRESUPUESTO INDICATIVO PLURIANUAL

No.	ACCIONES ESTRATEGICAS POR RESULTADO	CLASIFICACION DEL GASTO	PROGRAMACION DE METAS FINANCIERAS 2016-2025									
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Brindar consulta de emergencia en Ginec obstetricia	Gasto corriente	\$771,520	\$790,192	\$785,185	\$790,428	\$810,979	\$832,065	\$853,698	\$875,894	\$893,412	\$911,280
2	Proporcionar consulta en servicios ambulatorios en Ginecoobstetricia y neonatología	Gasto corriente	\$1,408,820	\$1,442,917	\$1,433,772	\$1,443,347	\$1,480,874	\$1,519,376	\$1,558,880	\$1,599,411	\$1,631,399	\$1,664,027
3	Brindar servicios especializados de hospitalizacion en Ginec obstetricia y neonatologia	Gasto corriente	\$7,837,302	\$8,026,984	\$7,976,114	\$8,029,378	\$8,238,142	\$8,452,334	\$8,672,095	\$8,897,569	\$9,075,520	\$9,257,031
4	Brindar Servicios de Apoyo logístico, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación	Gasto corriente	\$4,500,575	\$4,609,500	\$4,580,288	\$4,610,875	\$4,730,757	\$4,853,757	\$4,979,955	\$5,109,433	\$5,211,622	\$5,315,854
5	Formar a personal medico de pregrado y post grado en gineobstetricia y neonatologia.	Gasto corriente	\$1,435,010	\$1,469,741	\$1,460,426	\$1,470,179	\$1,508,403	\$1,547,622	\$1,587,860	\$1,629,144	\$1,661,727	\$1,694,961
6	Acciones Centrales	Gasto corriente	\$1,255,030	\$1,285,405	\$1,277,259	\$1,285,788	\$1,319,218	\$1,353,518	\$1,388,709	\$1,424,816	\$1,453,312	\$1,482,379
<b>TOTAL</b>			<b>17,208,256</b>	<b>17,624,738</b>	<b>17,513,045</b>	<b>17,629,995</b>	<b>18,088,373</b>	<b>18,558,672</b>	<b>19,041,197</b>	<b>19,536,267</b>	<b>19,926,992</b>	<b>20,325,532</b>



**IV.7 PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE GESTION ESTRATEGICA 2016-2025**

No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
<b>IV.7.1</b>	<b>Objetivo :</b> Mejorar la salud de la mujer y los recién nacidos que demandan los servicios especializados de ginecología, obstetricia y neonatología con la mejor calidad técnica y trato humanizado durante 2016-2025					
IV.7.1.1	<b>RESULTADO: Reducida la mortalidad materna y neonatal</b>					
IV.7.1.2	Brindar consulta de emergencia en Ginecobstetricia	80-100%	%	SPME	Jefe de Emergencia	<b>Personal especializado y multidisciplinario comprometido con la calidad de la atención de la Embarazada (Prenatal, parto y puerperio).</b>  <b>Registros oportunos de la Morbilidad Obstétrica Extrema.</b>  <b>Registro oportuno de auditorías de muerte materna.</b>
IV.7.1.3	Proporcionar consulta en servicios ambulatorios en Ginecobstetricia y neonatología	80-100%	%	SPME	Jefe de Consulta Externa	
IV.7.1.4	Brindar servicios especializados de hospitalización en Ginecobstetricia	80-100%	%	SPME	Jefe de la División Médica	
IV.7.1.5	Brindar Servicios de Apoyo logístico, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación	80-100%	%	SPME	Jefe de la División de Servicios de Diagnostico y Apoyo	
IV.7.1.6	Proporcionar consulta en servicios ambulatorios en neonatología con el Programa Canguro.	80-100%	%	SPME	Coordinador de Programa Canguro	
IV.7.1.7	Brindar servicios especializados de hospitalización en neonatología	80-100%	%	SPME	Jefe de Servicio de Neonatología	



No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
IV.7.1.8	Brindar Servicios de Apoyo logístico, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a servicio de neonatología.	80-100%	%	SPME	Jefe de la División de Servicios de Diagnostico y Apoyo	
<b>IV.7.2</b>	<b>Objetivo :</b> Proteger la salud de mujeres adultas con enfermedades crónicas según prevalencia de tumores y neoplasias con la mejor calidad de servicios de ginecología y oncología durante 2016-2025.					
IV.7.2.1	<b>RESULTADO: Reducida la letalidad por enfermedades crónicas (tumores y neoplasias)</b>					
IV.7.2.2	Brindar consulta de emergencia en Ginecología y Oncología.	80-100%	%	SPME	Jefe Emergencia/Jefe de Departamento de Ginecología.	<b>Se cuenta con personal competido con la paciente oncológica y el abastecimiento adecuado de medicamentos oncológicos</b>
IV.7.2.3	Proporcionar consulta en servicios ambulatorios en Ginecología y Oncología	80-100%	%	SPME	Jefe de Departamento de Ginecología	
IV.7.2.4	Brindar servicios especializados de hospitalización en Ginecología y Oncología.	80-100%	%	SPME	Jefe de la División Médica.	
IV.7.2.5	Brindar Servicios de Apoyo logístico, diagnóstico de anatomía patológica.	80-100%	%	SPME	Jefe de la División de Servicios de Diagnostico y Apoyo	



No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
<b>IV.7.3</b>	<b>Objetivo: Formar profesionales de pregrado y post grado con las mejores competencias en ginecología, obstetricia y neonatología durante 2018-2025 por medio de servicios especializados de docencia y asistencia hospitalaria</b>					
IV.7.3.1	<b>Resultado: Personal médico especializado en ginecoobstetricia y neonatología</b>					
IV.7.3.2	Revisar y actualizar los planes académicos	10	planes académicos actualizados	Documento escrito	Coordinador académico	<b>Se mejora la enseñanza de acuerdo al análisis de resultados en la salud de las personas usuarias del hospital</b>
IV.7.3.3	Elaborar programación mensual de temas a discutir con médicos residentes de subespecialidad para ejecutar el programa	120	programaciones realizadas	Documento escrito	Coordinador académico	
IV.7.3.4	Ejecutar los Planes de enseñanza del Departamento	120	Informe de Resultados	Documento escrito	Coordinador académico	
IV.7.3.5	Supervisión capacitante facilitadora a personal en proceso de aprendizaje y monitoreo de la eficacia de las actividades de especialización	100%	%	Informes de supervisión, Registros clínicos	Coordinador académico/ Jefe de Residentes	
IV.7.3.6	Coordinar con la unidad de investigación la elaboración de los trabajos de investigación de los médicos residentes de tercer año en las diferentes especializaciones.	110	%	Protocolos de investigación	Médicos encargados de investigación y la unidad de investigación	



No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
IV.7.4	<b>OBJETIVO: Fortalecer la institucionalidad para el ejercicio de su función docente asistencial dentro del sistema nacional de salud por medio de la armonización y actualización del marco normativo y formulación de proyectos especiales, con el fin de ampliar la cobertura y garantizar la calidad de la gestión basada en resultados.</b>					
IV.7.4.1	<b>Resultado: Mejorada la gestión hospitalaria</b>					
IV.7.4.2	Revisión y actualización de Manual de Organización y Funciones del hospital.	3	Manual actualizado	Documento escrito	Consejo Estratégico de Gestión/Auditoría Interna	Se han mejorado gradualmente la gestión de los sistemas de apoyo diagnóstico, el funcionamiento de la infraestructura y equipos, y la gestión de los recursos humanos, físicos y financieros que son vitales para la producción de los servicios finales en beneficio de la población.
IV.7.4.3	Actualización de Normas Técnicas de Control Interno y Matrices de Riesgo según lineamientos de la Corte de Cuentas de la República	3	Documentos actualizados	Documento escrito	Consejo Estratégico de Gestión/Auditoría Interna	
IV.7.4.4	Implementar programas y proyectos especiales	40	%	Informe de evaluación	Consejo Estratégico de Gestión	
IV.7.4.5	Elaboración de informes de resultados	40	%	Informes de evaluación	Consejo Estratégico de Gestión/Unidad de Planificación	



No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
IV.7.4.6	Monitoreo y evaluación de indicadores de gestión hospitalaria y resultados de impacto	120	%	Informes de Evaluación	Consejo Estratégico de Gestión/Unidad de Epidemiología/Unidad de Planificación	
IV.7.4.7	Promover la integración y sinergia de la gestión clínica materno infantil y ECNT en la RISS con autoridades y referentes técnicos en los diferentes niveles de gestión del MINSAL.	120	%	Informes de Evaluación	Consejo Estratégico de Gestión/ División Médica	

## BIBLIOGRAFÍA

Armijo Marianela. Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público. ILPES/CEPAL 2009.

Breilh, Jaime. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Conferencia en el Seminario "Rediscutiendo a questão da determinação social da saúde", organizado por el Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, Salvador (Bahía - Brasil), 19-20 de marzo de 2010.

Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Arguello Escolán" Normas Técnicas de Control Interno Específicas, agosto 2007.

Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez". Plan Anual Operativo 2015

Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud MICS 2014.

Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas ENECA 2014.

Lawn, JE et al. 2005. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? Lancet 2005; 365:891–900.

Ministerio de Economía, DIGESTYC, UNFPA, CELADE, División de Población de la CEPAL. El Salvador: Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional 2005-2050, Departamental 2005-2025.

Ministerio de Hacienda. Plan de Reforma del Presupuesto Público de El Salvador. Abril 2013

Ministerio de Hacienda. Política Presupuestaria 2016

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid 2012.

Olguin, Jorge de la Fuente. Asocio Consultores. Febrero 2011.

OPS. El Salvador en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud Logros y desafíos., mayo 2014

Plan Quinquenal de Desarrollo 2014 – 2019, El salvador productivo, educado y seguro. Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia. San Salvador, El Salvador, enero 2015.

Say, L et al. 2014. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health 2(6): e323-33. DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.

Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia. Lineamientos para la planificación estratégica en las institucional del Organo Ejecutivo. Febrero 2015.

UN Interagency Group for Child Mortality Estimation. 2013. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013.

WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. 2012. Trends in Maternal Mortality: 1990-2010. World Health Organization.