



MINISTERIO  
DE SALUD

**Hospital Nacional “San Juan de Dios”**

**Santa Ana**

**Plan Operativo Anual 2022**

## ÍNDICE

	Página
Índice.....	2
Datos generales del Hospital.....	3
Denominación, naturaleza y funciones.....	4
Introducción.....	5
Diagnóstico Situacional y su entorno.....	6
Priorización de problemas.....	46
Programación de actividades de gestión para el año 2022.....	49
Valoración de riesgos .....	65
Programación de actividades asistenciales para el año 2022.....	68

## Datos generales del hospital

<b>Nombre del Hospital:</b>	Hospital Nacional “San Juan de Dios”. Santa Ana
<b>Dirección:</b>	Final 13 Avenida sur, N° 1.Santa Ana, Departamento de Santa Ana.
<b>Teléfono:</b>	(503) 2435-9502; (503) 2435-9529
<b>E-mail:</b>	dsantaana@salud.gob.sv
<b>Nombre del Director(a):</b>	Dra. Carmen Dinora Zuleta de Viana
<b>Fecha de aprobación de la POA 2022:</b>	1 de noviembre de 2021

---

Dra. Carmen Dinora Zuleta de Viana  
Directora Hospital Nacional  
“San Juan de Dios”. Santa Ana

---

Dra. Carmen Guadalupe Melara de García  
Coordinadora de la Dirección Nacional de  
Hospitales

## Denominación, Naturaleza y Funciones del Hospital

**Nombre oficial:** Hospital Nacional "San Juan de Dios", Santa Ana

**Misión:** *Somos un hospital público de referencia para la región occidental que brinda servicios de asistencia y docencia promoviendo un modelo de gestión bajo estándares de calidad y seguridad, a través de un equipo con principios éticos que procura satisfacer a nuestros usuarios*

**Visión:** *Ser reconocido como un hospital público que brinda servicios de salud bajo estándares de calidad y seguridad con enfoque de derechos y equidad, a través de un modelo de gestión transparente, eficiente, que incorpora tecnología acorde a las necesidades de nuestros usuarios y que fomenta el desarrollo del talento humano en docencia, asistencia e investigación con alto valor ético.*

**Objetivo general:** *Brindar servicios hospitalarios de salud dirigidos a satisfacer a los usuarios y profesionales sanitarios, bajo estándares de calidad, seguridad e innovación tecnológica, bajo un enfoque de derechos y equidad, fortaleciendo el talento humano y la investigación*

### **Objetivos específicos:**

- 1. Fortalecer el modelo de gestión por procesos en la dirección de humanizar los servicios de salud en el Hospital, en el marco de estándares de calidad y políticas de seguridad*
- 2. Fortalecer las estrategias dirigidas a la gestión del riesgo y al sistema de control*
- 3. Asegurar la implementación de la gestión clínica en los servicios asistenciales, incorporando modelos innovadores que aseguren la satisfacción ciudadana*
- 4. Generar una política sostenible de incorporación y desarrollo tecnológico*
- 5. Sistematizar las estrategia de participación ciudadana, a partir de un enfoque de derechos y la co-responsabilidad de los usuarios*
- 6. Fortalecer el talento humano con miras al cumplimiento de la visión institucional*
- 7. Fortalecer los sistemas de información del Hospital*

**Funciones principales:** *Organizar, dirigir, planificar y controlar los procesos que conduzcan a la provisión de servicios hospitalarios de salud, a través de un modelo de calidad basado en procesos, a partir de la identificación de las necesidades y expectativas de los ciudadanos.*

## INTRODUCCIÓN

El año 2021 debió significar la re-apertura de la oferta de servicios que pretende dar respuesta a la demanda en salud de la población, en el marco de una “nueva realidad”. Lo cierto es que esa nueva realidad se ha vuelto distante en la medida que nos enfrentamos a una prolongación de estado de la pandemia y sus consecuencias, generando una realidad transitoria que ha puesto de manifiesto las características de nuestro modelo organizativo y de gestión hospitalaria. El maremoto del que hablábamos al inicio del 2021, donde se afectó la economía mundial, la salud mental individual y colectiva, nuestros hábitos y costumbres fueron alterados, y la prioridad de atención alrededor del ciudadano se modificó para priorizar la seguridad de los profesionales y trabajadores en salud. Ese maremoto aún continúa golpeando a nuestros países y especialmente la capacidad de respuesta de nuestro sistema de salud, particularmente de nuestro Hospital.

Se modificó la infraestructura para adecuarla a la atención de una enfermedad altamente transmisible por aerosoles y por el aire y se capacitó al personal en las herramientas para evitar el contagio, en el manejo de ventiladores mecánicos, medidas de bioseguridad y seguridad ocupacional.

La Dirección y el equipo de gestión institucional ha considerado importante trabajar en la construcción de un plan que integre e incorpore el diagnóstico de la situación actual de salud, las dimensiones socio-ambientales y enmarque la problemática sanitaria bajo el análisis profundo del contexto de un evento pandémico prolongado y que aún podría presentar rebotes en el año 2022. Sin perder de vista que la presentación del Plan Estratégico del MINSAL nos dibuja la ruta a seguir y las aspiraciones de los resultados que esperamos al final del quinquenio. En ese sentido, nuestro PAOH contempla fortalecer el modelo de gestión dirigido a la búsqueda de resultados a partir de un enfoque basado en procesos y la incorporación de estrategias innovadoras que fortalezcan la capacidad institucional. Además, consideramos que el fuerte compromiso del MINSAL con el componente materno infantil lo impulsaremos desde el Plan Táctico-operativo de la División Médica-quirúrgica y los Planes Operativos de las áreas de pediatría, neonatología y gineco-obstetricia. Su seguimiento está considerado dentro de las

actividades de rendición de cuentas de las jefaturas de las divisiones ante el Consejo Estratégico de Gestión.

Todo lo anterior bajo la gran sombría de valores institucionales como la ética y el humanismo, dirigidos a fortalecer el compromiso con la calidad asistencial, la mejora continua y la satisfacción de los usuarios, la seguridad y la gestión de los riesgos, a partir del desarrollo e incentivo del talento humano, el impulso a la docencia y la investigación.

### ***DIAGNOSTICO SITUACIONAL Y SU ENTORNO***

El perfil epidemiológico del hospital en relación a los egresos y atenciones ambulatorias, muy a pesar de la irrupción del COVID 19, se ha saturado de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles entre sus primeras causas, y a pesar que las letalidades de la mayoría de ellas en los últimos cuatro años vienen consistentemente en descenso, la realidad nos convoca a prepararnos de cara al futuro porque el perfil va a orientarse a las enfermedades renales, cardíaca y neumológicas.

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

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

La información refleja la necesidad de fortalecer la actual oferta de servicios, no solo en la cantidad y calidad los recursos humanos, sino en dotar del abastecimiento adecuado de medicamentos, insumos, infraestructura y equipamiento, para dirigirnos en el camino de la calidad de atención, centrándola en los requerimientos de los ciudadanos y fortaleciendo la calidad de diseño de los servicios. Para dar respuesta a los considerandos anteriores, el equipo

de Alta Dirección priorizó el desarrollo del enfoque de gestión para el hospital, que salta de lo tradicional a la gestión con un enfoque de procesos para la mejora continua de la calidad, tomando como punto de partida que lo que no se conoce, no se mide y no se administra.

## **ANÁLISIS DE LA DEMANDA**

### **Características de la Población**

La proyección poblacional para el año 2022 en la región occidental ha sido determinado por DIGESTYC: 1,430,064 personas.

De igual manera, para el departamento de Santa Ana DIGESTIC ha proyectado para el año 2022: 560,355 personas. Representando el 39% del total de la población en la región occidental, siendo su distribución porcentual en grupos etarios : menores de 4 años : 8.3%, de 5 -9 años: 8.5%, adolescentes 15.4%, adultos: 54.6% y adultos mayores: 13.2%. De éste último grupo, el 18.6% corresponde a población mayor de 80 años.

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

Es importante mencionar que el municipio de Santa Ana y Ahuachapán se encuentran clasificados entre los primeros 10 municipios de mayor población en El Salvador.

De acuerdo a la variables demográficas, en el departamento de Santa Ana el porcentaje de población urbana equivale al 66%, y el sexo femenino predomina en un 53%, aspectos importantes a considerar para el diseño del portafolio de servicios.

### **Situación De Salud**

Al revisar la producción de partos de enero a julio del 2020 al mismo período del 2021, se puede evidenciar que siempre presenta una disminución, como se ha venido observando desde el 2017:

<b>PARTOS TOTALES (Enero a Julio de cada año)</b>	
AÑO 2020	AÑO 2021
2742	2243

Y respecto al comportamiento de las cesáreas, se observa en la siguiente tabla:

<b>% DE CESÁREAS (Enero a Julio de cada año)</b>	
AÑO 2020	AÑO 2021
31.22%	33.48%

#### ANÁLISIS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD ENERO A JULIO DEL 2021

Para el año 2021, hasta julio, hemos mantenido los efectos de la pandemia del COVID 19, con la Emergencia General ocupada por la Emergencia Respiratoria, lo que hizo que la Emergencia General se ocupara el espacio físico de la planta alta de la Consulta Externa y parte de la planta baja del edificio de Maternidad, disminuyendo la disponibilidad de cerca de 10 consultorios y eliminando el espacio y camas para ginecología. Además, se utilizan quirófanos de la Sala Central para las cirugías de emergencias, por lo que sólo se cuenta con la capacidad instalada de dos quirófanos para cirugía electiva.

Con la re-apertura de manera parcial, el comportamiento de la demanda de acuerdo al tipo de atención en los servicios ambulatorios (basado en la CIE 10) y clasificado en orden descendente se presenta de la siguiente manera: La Consulta para repetición de receta se identifica como la primera causa de atención ambulatoria (24%), seguida en orden descendente por Hipertensión esencial (primaria) (4.2%), Trastornos de adaptación (3.5%), Obesidad no especificada (3.4%), Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicaciones (2.8%) , Epilepsia (2.0%), Hipotiroidismo no especificado (1.8%), Síndrome de infección aguda debida a VIH (1.7%), Displasia cervical leve (1.2%), Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta (1.16%). En el marco de la pandemia, un objetivo ha sido garantizar el acceso a los medicamentos de los pacientes con enfermedades crónicas, es así que es la primera causa de consulta. El resto de atenciones están dentro del marco de nuestro tradicional perfil



epidemiológico ambulatorio. Las causas que generan las consultas externas del hospital se concentraron respecto al universo, ya que las primeras 10 causas concentran el 41.6% de las morbilidades. El resto, individualmente acumulan porcentajes menores al 1.16%. En los últimos cinco años se observa una tendencia al incremento de la concentración de consultas en las primeras 10 causas. Para el 2017 concentraban el 26.8%, para el 2018 fue de 27.9%, para el 2019 fue de 28.5%, para el 2020 fue de 41.6%, y para el 2021 fue de 46%. Cabe mencionar que la carga de atención en el sexo femenino para el 2021 se mantiene en valores similares a los años anteriores, 70.4%.

En la Emergencia, la primera causa de morbilidad fue para el 2021: traumatismo intracraneal no especificado (4.9%), Contracciones primarias inadecuadas (3.7%), Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos especificados (3.3%), Infección de vías urinarias, sitio no especificado (3%), Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (2.7%), Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen (2.5%), Otros dolores abdominales y los no especificados (2.3%), Fractura múltiples del antebrazo (2.1%), Traumatismos múltiples, no especificados (1.9%), y Abdomen agudo (1.89%). En la emergencia las primeras 10 causas concentran el 28% de todas las morbilidades. El resto de morbilidades están dispersas en y por debajo de 1.89%, y concentran el 72% del total.

El perfil epidemiológico de la hospitalización en lo referente a las principales causas de egreso, se dirige en primer lugar a la atención del parto, a predominio del parto espontáneo (12%) y el Parto por cesárea (6.4%); seguido en orden descendente: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (2.8%), Infección de vías urinarias, sitio no especificado (2.4%), Supervisión de embarazo normal no especificado (2.2%), Feto y recién nacido afectados por afección materna no especificada (2.1%), Neumonía, no especificada (1.9%), Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones circulatorias periféricas (1.3%), Aumento excesivo de peso en el embarazo (1.3%) e Ictericia neonatal, no especificada (1.2%).

Para el 2021 las primeras 10 causas de egreso concentran el 33.6%, el resto de patologías están dispersas entre morbilidades abajo del 1.2% cada una. En este perfil predomina el sexo femenino con un 63%, similar a la proporción de los últimos cinco años.

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

Con respecto a la mortalidad, la tasa de la que ocurre antes de 48 horas es de 4.45, y las primeras 10 causas concentran el 55.8% del total de fallecidos. Las primeras causas por morbilidad de manera proporcional y en orden descendente son:

Resto de enfermedades del sistema digestivo con un 9.3% de los fallecidos acumulados en las primeras 48 horas, le siguen Enfermedades isquémicas del corazón (9.3%), Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo (6.6%), Insuficiencia renal (6.3%), Resto de enfermedades del sistema genitourinario (6%), COVID-19 (4%), Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (4%), Neumonía (3.6%), Diabetes Mellitus (3.3%) y Enfermedades cerebrovasculares (3.3%).

Después de las 48 horas se distribuyen en orden descendente y en función del total de fallecidos después de ese período, COVID-19 (10.2%), Neumonía (9.1%), Resto de enfermedades del sistema genitourinario (7.3%), Resto de enfermedades del sistema digestivo (6.0%), y la Insuficiencia renal (5.6%).

La tasa de mortalidad después de las 48 horas es de 6.75 para el 2021, y sus primeras 10 causas por morbilidad concentran el 65% de todos los fallecidos en el período, y se distribuyen proporcionalmente y en orden descendente de la siguiente manera:

El COVID-19 concentra el 15.5% del total, Neumonía (15.3%), Resto de enfermedades del sistema genitourinario (8.1%), Resto de enfermedades del sistema digestivo (7.9%), Enfermedades isquémicas del corazón (4.2%), Diabetes Mellitus (3.1%), Enfermedades cerebrovasculares (3.1%), Resto de enfermedades del sistema respiratorio (3.1%), Otras enfermedades del corazón (2.8%) y Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (2.4%).

## ANÁLISIS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la atención de las principales enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles desde el 2017 a julio del 2021:

### Diabetes Mellitus

AÑO	DIAGNÓSTICO PRIMARIO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	TOTAL	TASA LETALIDAD
2017	810	894	1704	7,65
2018	790	906	1696	7,34
2019	755	899	1654	7,42
2020	457	529	986	7,71
2021	294	475	769	4,42

### Hipertensión Arterial

AÑO	DIAGNÓSTICO PRIMARIO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	TOTAL	TASA LETALIDAD
2017	193	898	1091	25,39
2018	116	1132	1248	15,52
2019	157	1136	1293	8,28
2020	71	733	804	4,73
2021	46	561	607	2,80

### Enfermedad Renal Crónica

AÑO	DIAGNÓSTICO PRIMARIO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	TOTAL	TASA LETALIDAD
2017	1276	286	1562	10,58
2018	1479	305	1784	9,6
2019	1267	382	1649	5,21
2020	907	339	1246	7,06
2021	592	290	882	3,97

### Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

AÑO	DIAGNÓSTICO PRIMARIO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	TOTAL	TASA LETALIDAD
2017	196	73	269	9,18
2018	161	81	242	8,7
2019	139	69	208	6,47
2020	39	32	71	4,23
2021	29	17	46	4,35

### CÁNCER

AÑO	DIAGNÓSTICO PRIMARIO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	TOTAL	TASA LETALIDAD
2017	406	31	437	17,1
2018	424	28	452	15,26
2019	359	30	389	14,12
2020	412	50	462	14,07
2021	305	33	338	10,36

**EXÁMENES REALIZADOS PARA DIAGNOSTICO DE CÁNCER**  
**Enero a Junio 2021**

PATOLOGIA	EXAMENES REALIZADOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Cáncer Colorrectal	Colonoscopia Diagnostica	6 colonoscopias	Se cuenta con una torre en estado regular (10 años de uso) y 1 equipo para colonoscopia. Se cuenta con 1 coloproctologo de 2 horas/día.
	Sangre Oculta en heces	800 pruebas realizadas	Se cuenta con disponibilidad de reactivo para sangre oculta en heces.
	Biopsias de Colon	7 biopsias realizadas	1 Biopsia reportada con cáncer de colon durante el periodo
	Biopsia de Recto	1 biopsia realizada	1 positiva a cáncer rectal
Cáncer Gástrico	Endoscopias	61 endoscopias realizadas	Se cuenta con torre endoscópica en buen estado. Medico gastroenterólogo de 2 horas/día
	Biopsias tomadas por endoscopia	119 endoscopias	7 Biopsias positivas a cáncer gástrico
Cáncer de Próstata	Ultrasonografía prostática	0	Equipo de ultrasonido en mal estado. Compra de equipo nuevo en transito
	Biopsia de próstata	21 biopsias realizadas	Se cuenta con equipo para toma de biopsia prostática. 21 biopsias leídas en el periodo
	PSA	65 pruebas realizadas	Pruebas realizadas, reactivo disponible
Cáncer de Pulmón	Rayos x	6,958 Rayos X de tórax durante el periodo	4 horas/día radiólogo para lectura
Cáncer de Mama	Mamografía	196 mamografías realizadas	1 Mamógrafo en estado regular, 6 años de vida útil. 5 mamografías con diagnóstico de BIRADS 4,5,6
	Biopsias de mama	95 biopsias leídas	9 Biopsias positivas a cáncer

**EXÁMENES REALIZADOS PARA ABORDAJE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**  
**Enero a Junio 2021**

PATOLOGIA	EXAMENES REALIZADOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Diabetes	Glicemia	5,352	(59%) 3,169 pruebas reportadas: rango anormal.
	Hemoglobina Glicosilada	2,917	(78%) 2,266 pruebas reportadas: rango anormal.
	Colesterol Total	4,926	(68%) 3,376 pruebas reportadas: rango anormal.
	HDL	3,537	(69%) 2,428 pruebas reportadas: rango anormal.
	LDL	3,587	(66%) 2,369 pruebas reportadas: rango anormal.
	Triglicéridos	5,054	(47%) 2,356 pruebas reportadas: rango anormal.
	Creatinina	24,278	(43%) 10,420 pruebas reportadas: rango anormal.
	Orina	9,402	(63%) 5,893 reportados anormales, pero no se puede determinar cuáles correspondían a albuminuria.
Hipertensión Arterial	Colesterol Total	4,926	(68%) 3,376 pruebas reportadas: rango anormal.
	HDL	3,537	(69%) 2,428 pruebas reportadas: rango anormal.
	LDL	3,587	(66%) 2,369 pruebas reportadas: rango anormal.
	Triglicéridos	5,054	(47%) 2,356 pruebas reportadas: rango anormal.
	Sodio	24,236	(56%) 13,675 pruebas reportadas: rango anormal.
	Potasio	24,266	(67%) 16,217 pruebas reportadas: rango anormal.
	Ácido Úrico	5,962	(66%) 3,916 pruebas reportadas: rango anormal.
	Orina	9,402	(63%) 5,893 reportados anormales, pero no se puede determinar cuáles correspondían a albuminuria.
	ECG	5,464	Con los datos existentes en el sistema al momento, no se puede determinar cuáles exámenes son anormales para cada patología en particular
	Radiografía de Tórax	6,958	
Ecocardiograma	771		
Holter	151		

## TIEMPOS DE ESPERA DURANTE EL AÑO 2021

Es difícil contar con estos tiempos para la toma de decisiones, cuando la consulta externa ha estado parcialmente abierta por la re-apertura gradual que se ha implementado y la disminución de la capacidad instalada por los consultorios que están siendo ocupados por la Emergencia General. Tal es el caso de la consulta de cirugía, la cual no ha sido totalmente aperturada por no contar con toda la capacidad instalada de quirófanos para cirugías electivas, por lo que al hacerlo no tendríamos capacidad para responder a la demanda que se originaría de cirugías electivas. Para la consulta de emergencia, se ha medido del portón al Triage y en promedio es de 5 minutos, pero del Triage al inicio de la atención es de 30 minutos. El traslado de paciente de la Emergencia a los servicios de Hospitalización en promedio son 60 minutos.

La cirugía electiva estuvo afectada por la disminución de quirófanos tradicionalmente asignados para ellas. Sólo se asignaron dos quirófanos para cirugías electivas, y se programaron sólo la cirugía ortopédica, urológica, cirugía mayor ambulatoria, entre otras.

### **Análisis Comparativo Del Cumplimiento De Metas De PAOH 2021 (Enero a julio del 2020 y 2021)**

La pandemia por el COVID 19 continua impactando directamente en el funcionamiento hospitalario, de tal manera que las metas de producción establecidas para el año 2020 y 2021 fueron, en un principio, desplazadas por la atención directa a la contingencia, la protección y seguridad del personal de primera línea y de los usuarios, y luego por el comportamiento registrado de la población respecto a la disminución de visitas al nosocomio. Estas situaciones han venido a presentar un comportamiento errático y poco predecible respecto a la demanda de servicios, con una evidente tendencia a la disminución de la productividad.

La puesta en funcionamiento de la Emergencia Respiratoria desplazó físicamente la Unidad de Emergencia tradicional a un espacio físico que correspondía a la Consulta Externa, inhabilitando por lo menos 10 consultorios, y tomando los espacios de encamados del área de ginecología (en el edificio de Maternidad) para instalar el área de Máxima Urgencia y de Observación. De la misma manera, hubo que destinar quirófanos del Centro Quirúrgico para las cirugías que necesitaran procedimientos de emergencia, disminuyendo la capacidad instalada del mismo.

Una de las diferencias más importantes entre los eventos de desastres o epidémicos en los años anteriores y la pandemia del 2020-21 es la prolongada situación contingencial en tiempo (al momento 19 meses de pandemia) que menoscaba la capacidad operativa de la Institución y pone en una perspectiva diferente las brechas existentes en los sistemas hospitalarios.

En el curso de la identificación de los riesgos en el desarrollo del proceso de planificación institucional, se consideró gestionar la probabilidad que los responsables de elaborar y darle seguimiento al Plan Operativo del Hospital (Consejo de Gestión Estratégica) se encontraran con condiciones adversas que no les permitiera reunirse y/o dedicarse a otras actividades priorizadas. La acción de control que se estableció fue el diseño e implementación de Planes o Estrategias Contingenciales. En éste caso, el riesgo se hizo efectivo y la pandemia forzó al sistema hospitalario a cambiar objetivos, estrategias y actividades priorizadas, gestionándose a través de la elaboración del Plan Contingencial por la pandemia del COVID 19, que estableció las nuevas prioridades y las acciones a implementar para asegurar la atención de pacientes y usuarios, así como la seguridad de los mismos, de los proveedores, profesionales y trabajadores del nosocomio.

En esa línea de ideas, la alta gerencia del Hospital, a través del análisis de la contingencia por los Comités de Emergencia y Desastres y el de Seguridad Ocupacional, en la Consulta Externa se planificó una re-apertura que asegurara el acceso de medicamentos para los pacientes con enfermedades crónicas y la habilitación gradual de la atención directa a pacientes, asegurando el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y logrando reducir al mínimo el riesgo de contagio por los aerosoles.

En ese marco contingencial y prolongado de atención no es posible hacer una comparación de cumplimientos de metas entre el año 2021 y los años anteriores que nos conduzca a conclusiones coherentes. En general, el 2020 mantuvo cerrado y/o con una reducción importante la oferta de servicios y en el 2021 la re-apertura no ha sido plena. Esto último, debido al comportamiento de la ciudadanía y la permanencia de la Emergencia Respiratoria que nos reduce la capacidad instalada, así como el cumplimiento de las medidas de bioseguridad nos contrae la disponibilidad de la infraestructura en relación a la población que puede atenderse.



Los sistemas reportan que la producción de la consulta externa en general tuvo una productividad para el 2021 del 67% en relación a la meta programada, superior al 56% del año 2020. Ésta brecha es el resultado de tener menos consultorios disponibles y por lo tanto hay especialidades y/o sub especialidades que no están totalmente aperturadas, de tal manera que los recursos han sido distribuidos en otras áreas donde se ha identificado que prioritariamente son necesarios.

Una de las cosas importantes de mencionar es que con el objeto de disminuir la concentración de personas en el área de la Consulta, al inicio del año sólo se estaba haciendo presencial el 50% de las consultas programadas de cada médico disponible, el otro 50% eran los expedientes de pacientes con enfermedad crónica no transmisible al que se le atendía a través de la entrega de las recetas para el abastecimiento de sus medicamentos. Actualmente se están atendiendo presencialmente al 75% de las consultas programadas de cada médico disponible, el resto del 25% para la revisión de expedientes y la entrega de receta repetitiva.

A pesar de ello, en términos generales, hemos tenido en el 2021 un incremento del 19.7% de producción (72,063 consultas) que la reportada en el 2020 (60,202 consultas). Éste incremento responde, en medio de asegurar siempre las medidas de bioseguridad, a la habilitación que las autoridades han realizado de más horas médicos en la Consulta Externa. En la distribución de la misma, las atenciones de Emergencia han mantenido un comportamiento espontáneo pero sostenido sin mayor variabilidad, su producción sólo ha subido el 4% del 2020 al 2021. Por el contrario, las consultas de especialidades básicas se incrementó un 29.4% y la de sub especialidades un 30% éste año.

En el caso de las especialidades básicas, el peso del incremento recayó en la consulta de medicina interna (incrementó un 40% en el 2021 en relación a la producción del 2020), ginecología (incrementó 58%) y psiquiatría (incrementó el 40%). En el caso de medicina interna es debido a que la mayor proporción de pacientes que asisten al hospital son los que padecen alguna de las enfermedades crónicas no transmisibles, y fue a ésta población a la que se le ha dado prioridad para mantenerlos abastecidos de sus medicamentos; ginecología es por el empuje de las consultas ginecológicas sospechosas de malignidad (Displasias cervicales, entre otros); y psiquiatría, por los

trastornos de adaptación, que ha resultado ser la tercera causa más frecuente de consultas en éste período en el Hospital.

En el caso de las sub especialidades, el peso del incremento de las consultas recae en las de cirugía (53% de todo el acumulado de las sub especialidades), concentradas dentro de ellas en ortopedia, oftalmología y otorrinolaringología, que juntas acumulan el 79% de las consultas de las ocho subespecialidades de cirugía; y las tres juntas produjeron un 48% de consultas más en el 2021 (7608 consultas) que el 2020 (5138 consultas).

Las subespecialidades de medicina interna produjeron en conjunto 36.5% más consultas en el 2021 en relación al 2020. Esto es debido a la mayor asignación de horas médico por la presencia en la consulta de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, y se ve reflejado porque, sólo endocrinología responde al 51% del volumen total de consultas y se constituye en la subespecialidad con mayor número de consultas, al igual que el 2020. Gastroenterología no reporta producción porque es recurso único y fue trasladado de consulta externa a hospitalización para abordar interconsultas y a procedimientos endoscópicos.

Las subespecialidades de pediatría produjeron un 18% más de consultas en el 2021 que en el 2020, a predominio de neurología, que acumula el 58% de toda la consulta de la subespecialidad.

La productividad de consulta externa tiene como telón de fondo, el temor de los ciudadanos frente al COVID para no frecuentar los hospitales y no consultar. El mayor volumen de pacientes que llegan son los que padecen enfermedades crónicas degenerativas que necesitan sus medicamentos y que sean vistos presencialmente por los cierres de las consultas externas el año recién pasado. Esto último se refleja en los diagnósticos de las 10 primeras causas de consulta.

Respecto a la producción de egresos hospitalarios en general, hemos tenido una productividad incrementada del 4.1% en el 2021 en relación al 2020, y hemos producido sólo el 74% de los egresos programados. Con respecto a las estancias, hemos tenido un incremento del 8.3% respecto al 2020. Y esto aún es resultado de la pandemia y el temor de los ciudadanos de entrar

en los hospitales; así como, por la misma razón, están disminuidas las consultas externas y los ingresos que de ahí provienen, naturalmente.

El 73% de todas las estancias hospitalarias las consumen las camas de las especialidades básicas. A pesar que la obstetricia reporta una producción de egresos que abona el 36% al total de egresos, sólo aporta el 13% de estancias consumidas del total de todas las especialidades. Caso contrario es medicina interna, que hace el 28% de todos los egresos realizados, pero consumió el 38% de estancias del total de las especialidades (DCO).

En general, el promedio de días estancias aumento de 5.3 en el año 2020 a 5.5 en el 2021. Esto fue a expensas de las subespecialidades, que paso de 5.8 a 6.9, mientras las especialidades mantuvieron 5.3 días en ambos años. En las subespecialidades se incrementó porque para el 2021 se habilitó el servicio de Nefrología como subespecialidad de medicina interna, y tuvo un promedio de estancia de 10.1, consumiendo el 33.5% del total de estancias de las subespecialidades.

En las subespecialidades de cirugía hubo un incremento de 8.9 días promedio en el 2020 a 9.4 en el 2021. Fue ortopedia y traumatología la que consumió el 97% del total de esas estancias. Esto fue el resultado de las atenciones de trauma con lesiones óseas y la estrategia de realizar jornadas de cirugía ortopédica para reducir la lista de espera existente, reducir complicaciones y discapacidades en la población afectada.

En las subespecialidades de pediatría no hubo mayores modificaciones del 2020 al 2021, y así como en ambos años el mayor consumo de estancias la tuvo neonatología, que para el 2021 consumió el 83% del total. Esto se debió principalmente a que neonatología no tuvo restricciones por la pandemia, en cambio cirugía pediátrica si sufrió por la suspensión parcial de cirugías electivas por la disminución de disponibilidad de quirófanos.

Los parto totales pasaron de ser 2742 en el 2020 a 2243 en el 2021, una disminución del 18.2%. Las dos vías de parto fueron afectadas, en diferentes proporciones, los partos vía cesárea disminuyeron un 12.3% y los vía vaginal un 20.9%. Esta es una tendencia que se viene observando desde hace varios años. El índice de cesáreas en general aumento para el 2021, que fue de 33.5%, y para el 2020 fue de 31.2%. En términos generales hubo menos cesáreas en el 2021 que en el

2020, pero la disminución total de partos concentró la producción de las mismas, reflejando un incremento en el índice de cesáreas.

Con respecto a la mortalidad, hubo menos fallecidos en el 2021 (758) que los reportados en el 2020 (838), pero se incrementó el % de muertes después de 48 horas (de 53.6% a 60.3%), mientras las de antes de 48 horas disminuyó (de 46.4% a 39.7%).

En el 2020 se realizaron 2657 cirugías en total y en el 2021 fueron 2742, presentando un incremento del 3.2%. Para el 2021 tuvimos una producción del 68% de lo programado, en cirugías de emergencia para hospitalización sólo realizamos el 79% de lo programado, de electivas para hospitalización fue de 59% y de electivas ambulatorias fue de 48%. En el Centro Quirúrgico tuvimos una disminución de la capacidad instalada, por tener desplazada la Unidad de Emergencia a otra área, por estar siendo ocupada por la Emergencia Respiratoria, sólo contábamos con un quirófano para emergencias y dos para electivas. Comparando el año 2020 con el 2021, se observa: Del total de cirugías, el 59% fueron de emergencia para hospitalización en el 2021, pero tuvo un incremento del 15.1% en relación a las producidas en el 2020; el 34.4% fueron de electivas para hospitalización en el 2021, pero tuvo un incremento del 16.4% en relación al 2020; el 7% fue de ambulatorias electivas, pero éstas disminuyeron en relación al 2020 un 57%.

Por supuesto que la pandemia requirió de camas de intensivos para la atención de los pacientes con COVID 19 graves, lo que provocó que los cuidados intensivos sobrepasaran las metas programadas para el período en el año 2020, pero por la disminución de casos COVID 19 en los primeros 7 meses del 2021, la utilización de camas de intensivos disminuyó: admisiones produjo el 77% de lo programado y las transferencias fue del 79%.

El índice de ocupación global del hospital fue de 62% para el período en el 2020 y de 68% en el 2021, con un promedio de estancia global de 5.3 días por egreso para el 2020 y de 5.5 para el 2021.

En relación a los servicios de la Unidad de Terapia Dialítica, la productividad en relación a las metas programadas, para el 2020 de la diálisis peritoneal fue de 158% y para el 2021 de 345%,

pasando de producir en el año 2020, 8731 diálisis a 12065 en el 2021. Las hemodiálisis en el 2020 fueron 4999 y en el 2021 fueron 4379.

La administración ha fortalecido a la Unidad con capacitaciones, mejores y más efectivos procesos de abastecimiento, re-adequación de la infraestructura y mejoras en los procesos administrativos y de control.

Los servicios de apoyo al diagnóstico y al tratamiento también han sido impactados por la pandemia, particularmente porque desde marzo del 2020 se suspendieron todos los estudios ambulatorios y sólo se dio cobertura a la Emergencia y a la Hospitalización, y en el 2021 se observa una oferta de servicios finales limitada y una evidente disminución de la afluencia de ciudadanos buscando los servicios del nosocomio. Siempre persisten algunas fallas en la captura de dato del SPME y los cambios de tabuladores que generaron cambios en las fuentes, para el caso la lectura de citologías y datos del banco de sangre. A pesar de lo anterior, los resultados fueron los siguientes:

#### **DEPARTAMENTO DE IMAGENOLOGIA**

##### Fluoroscopias y Endoscopias

Las Fluoroscopias reportadas son de pacientes provenientes de Pediatría, cirugía, Consulta externa y Urología, porque las CPRES ya no se realizan en radiología porque la torre de videoendoscopia fue trasladada para la Cirugía Mayor Ambulatoria, con la consecuente reducción de la producción (72%) en relación a la meta programada. De tal manera que los estudios urgentes de Gastroscopia, duodenoscopia y colonoscopia tomados con fluoroscopia son canalizados a través del departamento de cirugía en coordinación con Sala de Operaciones Central. Uno de los factores para tomar esta disposición fue que para ese tipo de estudios, donde se necesita la torre endoscópica, se requiere de la presencia de un anestesista, motivo por el cual resulta factible tenerla ubicada en Sala de Operaciones.

##### Radiografías

El logro en relación a la meta programada para el año 2021 fue de 106%, que en virtud de la re-apertura gradual, ha evidenciado el incremento del 34% de radiografías en el 2021 en relación al 2020.

#### Ultrasonografías

Se tuvo una producción en base a meta planificada de 109%. En el año 2020 se realizaron 5007 ultrasonidos, y en el 2021 se hicieron 6223, mostrando un incremento del 24.3% de la producción en el 2021 en relación al 2020.

#### Tomografía Axial Computarizada

Se tuvo una productividad en éste año del 136% en base a lo programado. No es comparable con el 2020 porque no se realizaron estudios durante los primeros ocho meses de ese año, a pesar de estar instalado el nuevo Tomógrafo de 64 cortes. Esto fue porque el recurso humano había recibido la capacitación técnica en botonería para manejo del equipo, pero para poder aperturar ésta oferta de servicios aún no se había completado la capacitación con el módulo de Aplicaciones Clínicas, por lo que el recurso humano aun no reunía las competencias técnicas para la operativización del equipo. Esa situación ya fue superada en el 2021 y hemos obtenido la producción actual.

#### Mamografía Diagnostica y de Tamizaje

A pesar de no contar con el médico mastólogo, las mamografías diagnósticas han logrado una productividad en base a lo programado de 59% y las de tamizaje de 84%. Esto es el resultado que el mastólogo renunció, generando una disminución en las mamografías diagnósticas (se ajustará la meta), y las de tamizaje aumentó la producción, a pesar de ello, porque hemos estado apoyando a Ciudad Mujer (que tiene el equipo en mal estado) y ha aumentado la demanda en la consulta externa de ginecología.

## **DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**

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

Se tuvo una producción en relación a la meta programada de 146%, observando una relación directa con el incremento en la producción de colposcopias reportadas; considerando que la mayoría de biopsias de cuello son obtenidas a través de una colposcopia. En éste dato se incluyen las biopsias de cuello uterino recibidas de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santa Bárbara, Hospital de Chalchuapa, Hospital de Metapán, Hospital de Ahuachapán.

Las biopsias de mama redujeron su producción afectadas por la renuncia del mastólogo (era recurso único), por lo que alcanzaron un 48% de productividad en función de meta programada y un 28% de incremento en relación al 2020.

Con respecto a las biopsias de otras partes del cuerpo, se tuvo un productividad del 126% y un incremento neto de biopsias del 42% en relación al año 2020. Esto es producto del incremento, a partir del segundo trimestre, de procedimientos quirúrgicos electivos para hospitalización que generan muestras para biopsias; además que se procesan muestras de otros establecimientos de salud de la zona occidental.

## **OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

Ecocardiogramas

Se logró el 155% de cumplimiento de la meta programada en el período. Lo que pudo observarse es que el único cardiólogo tiene programado ver 4 pacientes por hora, pero ha estado haciendo 6 ecocardiogramas por hora en promedio, debido a la alta demanda de éste servicio por los pacientes, especialmente los de enfermedades crónicas y pendientes de evaluación cardiovascular que no habían sido atendidos por la pandemia.

Electrocardiograma

Se logró el 125% de cumplimiento de la meta programada en el período. El incremento es debido al aumento en la demanda por los pacientes, especialmente los de enfermedades crónicas y pendientes de evaluación cardiovascular que no habían sido atendidos por la pandemia.

### Electroencefalograma

Se logró el 85% de cumplimiento de la meta programada en el período. Este tipo de exámenes se realizan a partir de la demanda de los médicos internista y neurólogos, y por no haber demanda insatisfecha, concluimos que ha disminuido el número de exámenes solicitados por los especialistas. Se va a monitorear el comportamiento para re-evaluar la meta programada.

### Espirometrias

Durante el periodo evaluado se alcanzó un rendimiento del 16% en base a lo programado, lo cual a pesar de contar con recurso médico responsable de realizar estas pruebas, se ha visto impactado por ausencia de neumólogo para su interpretación. La pandemia obliga a la disminución de estos procedimientos por el tema de los aerosoles.

### Pruebas de Holter

El rendimiento de este tipo de pruebas fue de 127% para el periodo. Se requiere más horas de médico cardiólogo para aumentar la cobertura y dar respuesta a la demanda de estos estudios.

## **DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

Se registra un 118% de producción en relación a lo programado. La atención brindada es a predominio de pacientes hospitalizados de pediatría, neonatos, Medicina Interna, cirugía y UTI. Se continua atendiendo al paciente de emergencia respiratoria (paciente COVID), cuando lo requiere. Se continua trabajando con el programa PLAN HOGAR, en la modalidades de propio y combinado; con la finalidad de referir y contra referir al paciente que puede recibir atención de fisioterapia en el hogar proporcionado por el cuidador (Plan hogar propio) y el que puede recibir atención en primer nivel de atención y en el hogar (Plan Hogar combinado).



## FARMACIA

### RECETA DISPENSADA PARA CONSULTA AMBULATORIA Y PARA HOSPITALIZACION

La productividad en relación a la meta programada respecto al despacho de recetas de consulta (60%) y despacho a hospitalización (162%). La consulta no se ha abierto completamente y a partir del mes de abril se inició la dispensación de la primera receta del paciente con enfermedad crónica a través de la farmacia especializada, razones que explican la baja producción de recetas en la consulta externa.

## DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLÍNICO

**PRODUCCIÓN PARA CONSULTA EXTERNA:** Considerando la producción de laboratorio clínico durante el periodo, es importante enfatizar: El área de medicina interna ha trabajado con consulta presencial. Todos los pacientes atendidos en consulta de medicina interna que padecen una enfermedad crónica han estado sin evaluación durante un periodo mayor o igual a 1 año, situación que obliga a realizar exámenes de laboratorio en la gran mayoría. Esto se correlaciona con un 108% de la producción de consulta externa de medicina interna en el periodo, según SPME y un 102% de consulta de nefrología. De allí que los resultados de exámenes realizados para consulta externa sobrepasan la meta programada, siendo notable el incremento a partir del mes de marzo, periodo durante el cual se incrementa la consulta de tipo presencial.

- Hematología 140%
- Inmunología 165%
- Bacteriología 100%
- Parasitología 201%
- Bioquímica 148%
- Urianálisis 136%

### **PRODUCCION PARA HOSPITALIZACION:**

En el periodo evaluado hubo 8.2% más días cama ocupados en la hospitalización en el 2021 que el 2020. Esto se reflejó en el mayor uso de los exámenes de laboratorio y los mismos ocupados en el banco de sangre para la utilización y disponibilidad de la misma derivados. No hay que perder de

vista que el 55% de todas las estancias hospitalarias fueron consumidas por medicina interna y cirugía, donde se utilizan diariamente más exámenes, por el tipo de pacientes que se atienden.

### **PRODUCCIÓN PARA EMERGENCIA**

Bioquímica, bacteriología e inmunología, son las áreas con mayor productividad alcanzada en exámenes procesados para unidad de emergencia.

En bacteriología se reflejan los cultivos tomados en áreas respiratorias para pacientes con diagnóstico de COVID-19, hemocultivos, secreción traqueal, urocultivo, coprocultivo, líquido pleural, líquido cefalorraquídeo y esputo.

En el caso de Inmunología, en la Emergencia se tuvo un incremento de pruebas de embarazo, y en la Emergencia Respiratoria, de pruebas como la Proteína C Reactiva (protocolos COVID 19). Las pruebas que incluye el rubro de inmunología son: Antígenos febriles, factor reumatoideo, Hormona gonadotropina coriónica, Proteína C reactiva, serología para sífilis, T3, T4, TSH, antígeno prostático.

### **SERVICIOS GENERALES**

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

### **ALIMENTACIÓN Y DIETAS**

Se obtuvo una productividad global en relación a la programada de 69.5% en relación a la meta programada. Es importante mencionar que Medicina Interna y Cirugía acumulan un poco más del 50 de todas las estancias, siendo congruente que el 55% de dietas dispensadas también las acumulen estos Departamentos.

### **LAVANDERIA**

Se obtuvo una productividad global de 98.4% en hospitalización, y es el resultado del incremento de demanda de ropa limpia y desinfectada para los pacientes COVID 19 y personal de las áreas respiratorias. Los servicios de mayor demanda de estancias siguen siendo los que más consumen ropa limpia: medicina y cirugía consumen el 62% de ropa limpia.

#### MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Se obtuvo un rendimiento global de 115% en relación a la meta programada, como producto de la necesidad de mantener los equipos operando en el marco de la pandemia.

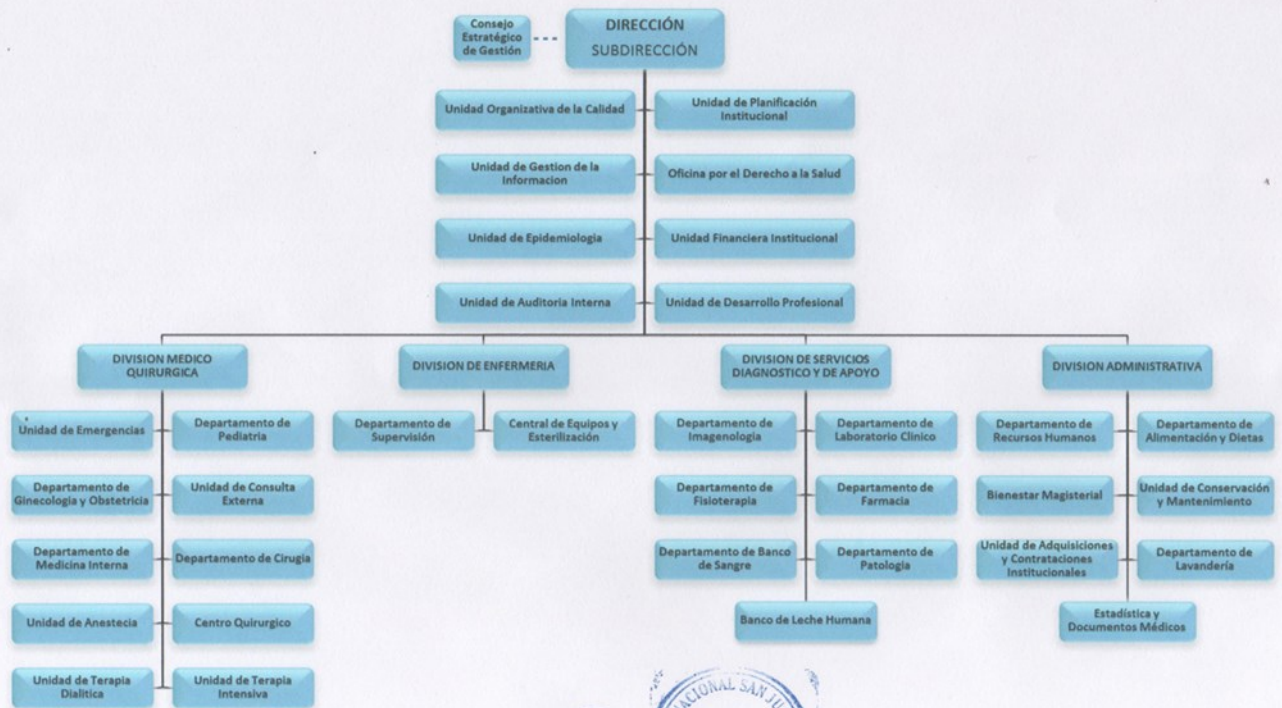
#### TRANSPORTE

En esta área se obtuvo una productividad de 108% de kilómetros recorridos en base a lo que se programó como meta. No hay que perder de vista que se han realizado múltiples traslados al Hospital El Salvador.

### **ANÁLISIS DE LA OFERTA DE SALUD**

### **ORGANIGRAMA**

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA



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

**ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD RESIDUAL 2021**

**Reporte Capacidad Residual Quirófano 2021**

<b>Quirófano General</b>	<b>2021</b>
Numero de quirófanos disponibles para cirugía electiva	3
Promedio de horas de funcionamiento por día	21.0 Horas
Número de horas quirófano disponibles al año	5,040.0 Horas
Horas promedio por Cirugía	2.0 Horas
Capacidad máxima de cirugías	2,520
Numero de cirugías realizadas	1,842
Capacidad residual de cirugías electivas	678

La disponibilidad de quirófanos se vio reducida para el 2021 porque no estaban funcionando los quirófanos de la Unidad de Emergencia, por estar ocupada por la Emergencia Respiratoria.

### Reporte Capacidad Residual de Consultorios 2021

Información 2021 de Consultorios	No consultorios disponibles para consulta externa	No promedio de horas funcionamiento de consultorios al día	No de hrs. consultorios disponibles al año	Tiempo en Horas promedio por consulta	Capacidad máxima de consultas médicas al año	No de consultas realizadas 2021	Capacidad residual de consultas médicas
Medicina General	0	0.0 Horas	0 Horas	0.0 Horas	0	2,810	-2,810
Especialidades Medicina	7	49.0 Horas	11,760 Horas	0.3 Horas	47,040	38,794	8,246
Especialidades Cirugía	4	28.0 Horas	6,720 Horas	0.3 Horas	26,880	17,636	9,244
Especialidades de Pediatría	3	21.0 Horas	5,040 Horas	0.3 Horas	20,160	5,460	14,700
Especialidades Gineco Obstetricia	5	30.0 Horas	7,200 Horas	0.5 Horas	14,400	10,772	3,628
Psiquiatría	2	12.0 Horas	2,880 Horas	0.0 Horas	0	6,856	-6,856

### Reporte Capacidad Residual Camas

Información 2021	No camas	Según Estandares			Capacidad máxima	No de egresos	Capacidad residual
	censables	Promedio de días	% Ocupación	Días laborales	de egresos al año	realizados 2021	
		de estancia		al año			
<b>Cama Censable</b>							
<b>Especialidades Básicas</b>							
Cirugía	91	7.70 Días	85%	365 Días	3,667	2,662	1,005
Ginecología	10	4.00 Días	85%	365 Días	776	414	362
Medicina Interna	97	8.00 Días	85%	365 Días	3,762	4,194	-432
Obstetricia	71	3.00 Días	85%	365 Días	7,343	5,516	1,827
Pediatría	76	5.00 Días	85%	365 Días	4,716	2,342	2,374
<b>Sub Especialidades</b>							
Sub Especialidad de Medicina Interna							
Nefrología	20	9.00 Días	85%	365 Días	689	912	-223
Sub Especialidades de Cirugía							
Ortopedia / Traumatología	31	10.70 Días	85%	365 Días	899	728	171
Otorrinolaringología	8	6.00 Días	85%	365 Días	414	38	376
Sub Especialidades de Pediatría							
Cirugía Pediátrica	10	3.80 Días	85%	365 Días	816	516	300
Neonatología	40	5.60 Días	85%	365 Días	2,216	1,728	488
<b>Otros Egresos</b>							
Bienestar Magisterial	15	3.70 Días	85%	365 Días	1,258	796	462
<b>Cama No Censable</b>							
Emergencia	0	1.00 Días	85%	365 Días	0	178	-178

**CAPACIDAD INSTALADA PROYECTADA PARA EL 2021**

**CAPACIDAD INSTALADA**

<b>Dotación de consultorios en Consulta Externa y Emergencia, total de horas diarias utilización real de consultorios, Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana año 2022.</b>			
<b>Actividades Hospitalarias</b>			
<b>Servicios Finales</b>	<b>Existentes</b>	<b>Funcionando</b>	<b>Total de horas diarias utilización real</b>
<b>Consulta Externa Médica</b>			
<b>General</b>			
Medicina General	0	0	0.0
<b>Especialidades</b>			
Especialidades Básicas			
Medicina Interna	11	7	49.0
Cirugía General	10	4	28.0
Pediatría General	3	3	21.0
Ginecología	8	5	0.0
Obstetricia			30.0
Psiquiatría	2	2	12.0
<b>SUB TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>21</b>	<b>140.0</b>
<b>Consultas de Emergencias</b>			
	<b>Existentes</b>	<b>Funcionando</b>	<b>Total de horas diarias utilización real</b>
De Medicina Interna	1	1	24
<b>SUB TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
De Cirugía	1	1	24
<b>SUB TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
De Pediatría	1	1	24
<b>SUB TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24</b>
De Gineco-Obstetricia	1	1	24
<b>SUB TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>48</b>
<b>Consulta Externa Odontológica</b>			
	<b>Existentes</b>	<b>Funcionando</b>	<b>Total de horas diarias utilización real</b>
Odontológica primera vez y subsecuente	1	1	6.0
<b>SUB TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>

**CAPACIDAD INSTALADA**

**Dotación de camas de hospitalización, Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana año 2022.**

<b>Camas Censables</b>	
<b>Servicio Hospitalario</b>	<b>N° camas</b>
<b>Especialidades Básicas</b>	
Cirugía	<b>91</b>
Ginecología	<b>10</b>
Medicina Interna	<b>97</b>
Obstetricia	<b>71</b>
Pediatría	<b>76</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>345</b>
<b>Sub Especialidades</b>	
Sub Especialidad de Medicina Interna	
Nefrología	<b>20</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>20</b>
Sub Especialidades de Cirugía	
Ortopedia / Traumatología	<b>31</b>
Otorrinolaringología	<b>8</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>39</b>
Sub Especialidades de Pediatría	
Cirugía Pediátrica	<b>10</b>
Neonatología	<b>40</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>50</b>
<b>Otros Egresos</b>	
Bienestar Magisterial	<b>15</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>15</b>

**CAPACIDAD INSTALADA**

**Dotación de quirófanos, Horas diarias para Cirugía, Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, año 2022.**

<b>Concepto</b>	<b>Año 2022</b>			
	Existentes	Funcionando	No. total horas diarias programadas para Cirugía Electiva	No. total horas diarias programadas para Cirugía Emergencia
Quirófano General	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>21.00</b>	
Quirófano de Gineco Obstetricia	<b>3</b>	<b>2</b>		<b>24.00</b>
Quirófano Emergencia	<b>3</b>	<b>1</b>		<b>24.00</b>

**Tiempo en horas promedio por consulta, Hospital Nacional de San Juan de Dios, Santa Ana, año 2022.**

<b>Consulta Externa Médica</b>	<b>Tiempo en Horas Promedio por Consulta Año 2020</b>	<b>Tiempo en Horas Promedio por Consulta Año 2021</b>	<b>Tiempo en Horas Promedio por Consulta Año 2022</b>
<b>General</b>			
Medicina General	0,15	0,15	0,25
<b>Especialidades</b>			
Especialidades Básicas			
Medicina Interna	0,25	0,25	0,25
Cirugía General	0,25	0,25	0,25
Pediatría General	0,25	0,25	0,25
Ginecología	0,25	0,25	0,33
Obstetricia	0,25	0,25	0,50
Psiquiatría	0,25	0,25	0,25
<b>Sub especialidades</b>			
<b>Sub Especialidades de Medicina Interna</b>	0,25	0,25	0,25
<b>Sub Especialidades de Cirugía</b>	0,25	0,25	0,25
<b>Sub Especialidades de Pediatría</b>	0,25	0,25	0,25
<b>Sub Especialidades de Ginecología</b>	0,25	0,25	0,33
<b>Sub Especialidades de Obstetricia</b>	0,25	0,25	0,50
<b>Otras Atenciones Consulta Externa Médica</b>			
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato			
Clínica de cesación de consumo de tabaco			
Clínica de Ulceras			
Colposcopia	0,25	0,33	0,50
Endoscopia			
Medicina Familiar			
Nutrición	0,50	0,50	0,50
Planificación Familiar	0,25	0,25	0,50
Programa de Atención Integral			
Psicología	0,45	0,45	0,45
Selección			
<b>Consulta Externa Odontológica</b>			
Odontológica de primera vez	0,50	0,50	0,50
Odontológica subsecuente	0,25	0,25	0,25
Cirugía Oral			



**Promedio de días estancia,Hospital Nacional de San Juan de Dios, Santa Ana, año 2022.**

<b>Camas Censables</b>			
<b>Servicio Hospitalario</b>	<b>Promedio de Días Estancia Año 2020</b>	<b>Promedio de Días Estancia Año 2021</b>	<b>Promedio de Días Estancia Año 2022</b>
<b>Especialidades Básicas</b>			
Cirugía	7,70	7,70	7,70
Ginecología	4,00	4,00	4,00
Medicina Interna	8,00	8,00	8,00
Obstetricia	3,00	3,00	3,00
Pediatría	5,00	5,00	5,00
<b>SUB TOTAL</b>	<b>5,54</b>	<b>5,54</b>	<b>5,54</b>
<b>Sub Especialidades</b>			
<b>Promedio de Días Estancia Año 2019</b>			
<b>Promedio de Días Estancia Año 2020</b>			
<b>Promedio de Días Estancia Año 2021</b>			
Sub Especialidad de Medicina Interna			
Nefrologia	,00	,00	9,00
<b>SUB TOTAL</b>	<b>,00</b>	<b>,00</b>	<b>9,00</b>
Sub Especialidades de Cirugía			
Ortopedia / Traumatología	10,70	10,70	10,70
Otorrinolaringología	6,00	6,00	6,00
Urologia	8,00	8,00	8,00
<b>SUB TOTAL</b>	<b>8,23</b>	<b>8,23</b>	<b>8,23</b>
Sub Especialidades de Pediatría			
Cirugía Pediatrica	3,80	3,80	3,80
<b>SUB TOTAL</b>	<b>3,80</b>	<b>3,80</b>	<b>3,80</b>
<b>Otros Egresos</b>			
Bienestar Magisterial	3,70	3,70	3,70
Emergencia	1,00	1,00	1,00
<b>SUB TOTAL</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>
<b>Camas NO Censables</b>			
Emergencia (Observación)	1,00	1,00	1,00
Unidad de cuidados intensivos	7,00	7,00	7,00
<b>SUB TOTAL</b>	<b>4,00</b>	<b>4,00</b>	<b>4,00</b>

**Promedio de hora por cirugía mayor,Hospital Nacional de San Juan de Dios, Santa Ana, año 2022.**

<b>Quirófano Cirugia Mayor Electiva</b>	<b>Horas Promedio por Cirugía Año 2020</b>	<b>Horas Promedio por Cirugía Año 2021</b>	<b>Horas Promedio por Cirugía Año 2022</b>
Quirófano General	2,00	2,00	2,00

**ESTRUCTURA DEL TALENTO HUMANO PARA DICIEMBRE 2021**

<b>Recursos Humanos 2021</b>				
AREAS	LEY DE SALARIOS	CONTRATO GOES	SERVICIOS PROFESIONALES	TOTAL
PROFESIONALES MEDICOS	221	32	4	257
PROFESIONALES DE ENFERMERIA	410	101		511
SERVICIOS DE APOYO	119	63		182
SERVICIOS GENERALES Y OTROS ADMINISTRATIVOS	274	83	0	357
PRACTICANTES INTERNOS Y MEDICOS RESIDENTES	119	168		287
	<b>1143</b>	<b>447</b>	<b>4</b>	<b>1594</b>

**MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS**

**Enero**

Semana	Fecha semana Inicio	Fecha semana de final	Abastecimiento	Desabastecimiento	Producto Desabastecidos
1					
2	04 de enero	10 de enero	94,5	5,5	14
3	11 de enero	17 de enero	94,5	5,5	14
4	18 de enero	24 de enero	94,1	5,9	15
5	25 de enero	31 de enero	93,3	6,7	17
<b>Suma</b>			376,4	23,6	60
<b>%</b>			94,1	5,9	15

**Febrero**

6	01 de febrero	07 de febrero	92,9	7,1	18
7	08 de febrero	14 de febrero	92,9	7,1	18
8	15 de febrero	21 de febrero	92,9	7,1	18
9	22 de febrero	28 de febrero	93,3	6,7	17
<b>Suma</b>			372	28	71
<b>%</b>			93	7	17,75

**Marzo**

10	01 de marzo	07 de marzo	94,5	5,5	14
11	08 de marzo	14 de marzo	94,9	5,1	13
12	15 de marzo	21 de marzo	96,4	3,6	9

13	22 de marzo	28 de marzo	95,3	4,7	12
<b>Suma</b>			381,1	18,9	48
<b>%</b>			95,275	4,725	12
<b>Abril</b>					
14	29 de marzo	04 de abril	93,7	6,3	16
15	05 de abril	11 de abril	93,7	6,3	16
16	12 de abril	18 de abril	94,1	5,9	15
17	19 de abril	25-abr	93,7	6,3	16
<b>Suma</b>			375,2	24,8	63
<b>%</b>			93,8	6,2	17,75
<b>Mayo</b>					
18	26 de abril	02 de mayo	92,9	7,1	18
19	03 de mayo	09 de mayo	93,7	6,3	16
20	10 de mayo	16 de mayo	93,7	6,3	16
21	17 de mayo	23 de mayo	93,3	6,7	17
22	24 de mayo	30 de mayo	93,7	6,3	16
<b>Suma</b>			467,3	32,7	83
<b>%</b>			93,46	6,54	16,6
<b>Junio</b>					
23	31 de mayo	06 de junio	92,1	7,9	20
24	07 de junio	13 de junio	92,5	7,5	19
25	14 de junio	20 de junio	93,3	6,7	17
26	21 de junio	<b>27 de junio</b>	92,5	7,5	19
<b>Suma</b>			370,4	29,6	75
<b>%</b>			92,6	7,4	18,75
<b>Julio</b>					
27	28 de junio	04 de julio	91,7	8,3	21
28	05 de julio	11 de julio	90,1	9,9	25
29	12 de julio	18 de julio	89,7	10,3	26
30	19 de julio	25 de julio	89,3	10,7	27
31	26 de julio	01 de agosto	90,1	9,9	25
<b>Suma</b>			450,9	49,1	124
<b>%</b>			90,18	9,82	24,8
<b>Agosto</b>					
32	02 de agosto	08 de agosto	90,1	9,9	25
33	09 de agosto	15 de agosto	91,7	8,3	21
34	16 de agosto	22 de agosto	92,5	7,5	19
35	23 de agosto	29 de agosto	91,7	8,3	21
<b>Suma</b>			366	34	86
			91,5	8,5	21,5

Septiembre					
36	30 de agosto	05 de septiembre	90,9	9,1	23
37	06 de septiembre	12 de septiembre	90,1	9,9	25
38	13 de septiembre	19 de septiembre	92,1	7,9	20
39	20 de septiembre	26 de septiembre	92,5	7,5	19
40	27 de septiembre	03 de octubre	92,9	7,1	18
<b>Suma</b>			458,5	41,5	105
			91,7	8,3	21

## ANÁLISIS FODA

En primer lugar se definió que el Consejo de Gestión Estratégico del Hospital es el responsable de diseñar e implementar el proceso de elaboración del PAOH 2022. El equipo facilitador del proceso fue la Unidad de Planificación Institucional.

Durante la elaboración del PAOH 2022 el equipo facilitador tuvo las siguientes funciones:

- a. Diseñar una metodología adecuada para la planificación, usando herramientas que se adaptaran al estilo del nuevo liderazgo.
- b. Coordinar a las actividades que forman parte del proceso de planeación
- c. Preparar los instrumentos, equipo y materiales que se utilizan en cada actividad
- d. Dirigir las dinámicas para el desarrollo de las actividades.
- e. Procesar la información obtenida para todas las etapas de elaboración del plan.
- f. Ser el enlace, ante eventuales dudas, con la Dirección de Planificación y de Hospitales del Ministerio de Salud.
- g. Consolidar la información y elaborar el documento final del PAOH 2022

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

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

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y DIAGNÓSTICO

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

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

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

<b>FORTALEZAS</b>	<b>ESCALA</b>
Modelo de gestión basada en procesos con el desarrollo de una cultura orientada a la mejora continua en implementación	3
Implementación y/o fortalecimiento de modelos asistenciales integrados e integrales (En dptos médicos, CAI y Centro Nefrológico en construcción)	3
Contar una Política de Calidad Institucional bien definida	3
Contar con un Programa de Seguridad de Pacientes Institucional	3
Contar con un sistema de costeo institucional en proceso de implementación	3
Fortalecimiento del sistema de gestión del riesgo en el Hospital	3
Ser categorizado como Hospital Escuela y contar con un Convenio Específico para el desarrollo del Post Grado en el área médica con la UES	2
Efectivo funcionamiento de los Comités de asesoría en la toma de decisiones a nivel gerencial	2
Estrategia de involucramiento de profesionales altamente calificados en los procesos de aseguramiento de la calidad en el Hospital	1
Incentivos al RRHH por el Reconocimiento de las mejores prácticas utilizadas en el Hospital a nivel local, nacional e internacional	3
Efectivo sistema de vigilancia epidemiológica en el Hospital	3

Contar con un banco de proyectos disponibles para gestionar inversiones externas	2
Equipo gerencial enfocado en el logro de objetivos institucionales a través de un modelo de dirección participativo	2
Enfoque gerencial en el "valor" de la humanización de los servicios de salud	1
Mejora en la hostelería hospitalaria (nuevas camas, ornato, pintura nueva en las instalaciones, pasillos adecuadamente iluminados, cuidado de jardines y reforestación)	2
Actualización de sistemas de información específicos (SIAP en farmacia y laboratorio,, citologías, pte renal, ETAB)	3
Alta capacidad de gestión de recursos para el Hospital por parte de las máximas autoridades	3
Se cuenta con equipos multidisciplinarios de supervisión a las unidades organizativas	3
Intervenciones orientadas a mejorar la salud mental de los trabajadores del Hospital	1
Incorporación de nuevas prácticas clínicas avanzadas en el área de enfermería (enfermera de enlace, PAE, entre otros)	2
Personal especializado en áreas priorizadas	3
Adecuado y sostenible abastecimiento de medicamentos e insumos médicos, con disminución del vencimiento de los mismos	3
Fortalecimiento de la tecnología en áreas de diagnóstico y de procedimientos técnicos y/o administrativos	3

<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ESCALA</b>
Alianzas estratégicas en apoyo a los objetivos institucionales	3
Estrategia para implementar el Manual de Procesos Integrados y continuos en el MINSAL en evolución actualmente	3
Contar con el apoyo efectivo de las autoridades del MINSAL	1
Contar con el apoyo efectivo del Hospital El Salvador en el marco de la pandemia	3
Apoyo externo para el desarrollo e implementación de proyectos de ampliación y/o remodelación de la infraestructura hospitalaria (Emergencia pediátrica y General, Centro Oftalmológico Regional, etc.)	2

Participación en equipos multidisciplinarios, interinstitucionales e intersectoriales	3
Apoyo para la implementación de la tecnología en el Hospital, a través de la digitalización del expediente electrónico	3
Contar con el Plan Estratégico del MINSAL	2
Acreditación de calidad de áreas priorizadas	2
Iniciativa para la implementación del PPR	3
Fortalecimiento de la atención materno-infantil en el Hospital a partir de la Política Crecer Juntos	3
Coordinación inter-institucional con PNC y Segunda Brigada para mejorar la seguridad externa perimetral del Hospital	3
Mejoramiento de la infraestructura hospitalaria y apoyo con actividades de mantenimiento y reparación, a través de la coordinación con Centro Penales y el Programa "Yo Cambio"	3
Acompañamiento para la implementación de PERC por el MINSAL	3

<b>DEBILIDAD</b>	<b>ESCALA</b>
Deficitaria identificación de los eventos (riesgos) que afectan el cumplimiento de los objetivos	3
Débil trabajo en equipo en las diferentes esferas del Hospital	3
falta de una política para la retención del talento humanos en la institución	3
Vulnerabilidad de los recursos humanos por la incidencia alta de enfermedades crónicas y personas de la tercera edad en el Hospital	2
Déficit comunicacional ascendente y/o descendente en el Hospital	3
Débil proceso de humanización de los servicios de salud prestados por el hospital	2
Deficiencias en mobiliarios, infraestructura y líneas básicas de Hospital	3
Déficit de recursos humanos con competencias específicas	3
Deficiencias en la gestión del conocimiento y fortalecimiento del mismo para la optimización de las competencias en los cargos	3
Falta de claridad respecto a las competencias y los resultados esperados	3

Uso ineficiente de los recursos para el diagnóstico clínico en los procesos asistenciales	2
Deficiente infraestructura digital y ausencia de políticas de recambio o renovación de la misma	2
Falta de confiabilidad en la calidad de los datos de los sistemas de información y en el análisis de estos	3
Seguimiento insuficiente a las recomendaciones y/o planes de mejora de emitidas por los responsables del control	3
Débil cultura de autoevaluación en las diferentes unidades organizativas	3
Poca participación del Hospital en el proceso de formación en el área de post grado de los médicos, con el consecuente bajo nivel de desempeño del cuerpo de residentes	3
Existencia de brechas en el control y/o cumplimiento normativo de las diferentes dependencias	3
Débil participación de los administradores de contrato en el adecuado y correcto cumplimiento de los mismos	2
Reducción de la oferta de servicios del Hospital, resultado de las condiciones de la pandemia	3
Limitada aplicación de los conocimientos de gestión hospitalaria adquiridos por parte de los diferentes niveles de jefaturas (gestión del conocimiento)	3
Débil cultura de investigación científica en el Hospital	3
Programas de conservación y mantenimiento son insuficientes y de baja calidad	3
Guías de práctica clínica desactualizadas y con limitado alcance de las patologías de acuerdo al perfil (PROA,CIRUGIA, MEDICINA)	3

<b>AMENAZAS</b>	<b>ESCALA</b>
Incertidumbre respecto a las fuentes de financiamiento al Hospital y su sostenibilidad	3
Implicaciones relacionadas con el desarrollo de la pandemia por el COVID, vinculadas a la capacidad instalada y el uso eficiente de los recursos	3

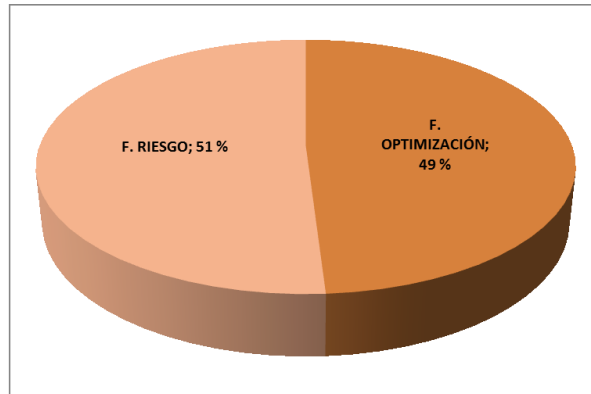


Falta de financiamiento y acompañamiento para la aplicación de cuerpos normativos nuevos (Seguridad ocupacional, Ley de Derechos y Deberes, Procedimientos Administrativos, Mejora Regulatoria, Acceso a la Información Pública, entre otras)	3
Falta de una estrategia nacional para superar la limitada oferta de especialistas/subespecialistas, particularmente en la Región Occidental	3
Posibles desastres, fenómenos epidémicos o pandémicos	3
Inadecuada coordinación en los Programas de formación de especialistas entre el Hospital y la Universidad	3
Incremento de la población adulta mayor y de las enfermedades crónicas no transmisibles	3
Violencia social y accidentes de tránsito	3
Bacterias multidrogoresistentes	3
Efectos del cambio climático en el entorno de la región occidental	2
Incertidumbre por las implicaciones de la reforma de pensiones en el incremento de la brecha de recursos humanos y en el financiamiento del hospital	3
Débil funcionamiento de la RISS en el continuo de la atención de la enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles y adulto mayor	3

### **IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS**

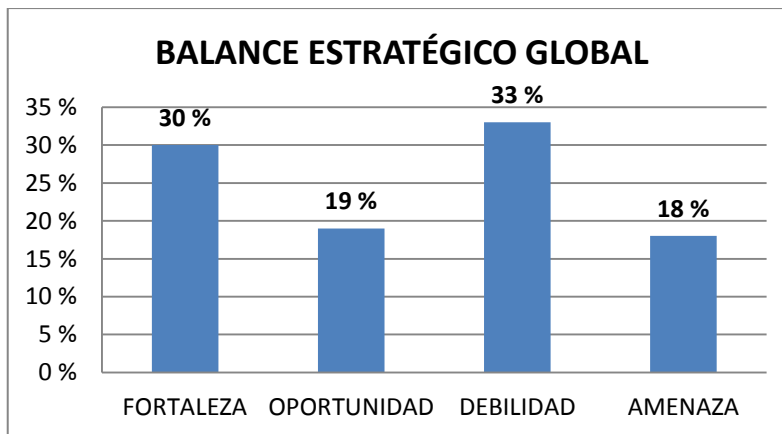
Los factores de riesgo representan el peso porcentual de acuerdo a la escala de la suma de las debilidades y las amenazas, y los factores de oportunidad son la suma de las fortalezas y oportunidades.

El balance estratégico global del Hospital para el 2021 fue el siguiente:



El Balance Estratégico Global refleja una tendencia al desequilibrio por una carga de factores de riesgo (51%). A pesar que el año 2021 sigue siendo parte de la prolongada pandemia que afecta el quehacer hospitalario, las mejoras observadas en el 2020 se mantienen en el balance global. Importante para el desarrollo de estrategias que mejoren los resultados del Hospital es identificar esas fortalezas que el equipo percibió y pertenecen al entorno interno, y trasladarlas a acciones concretas que superen los factores de riesgo que aún desequilibran el balance estratégico.

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



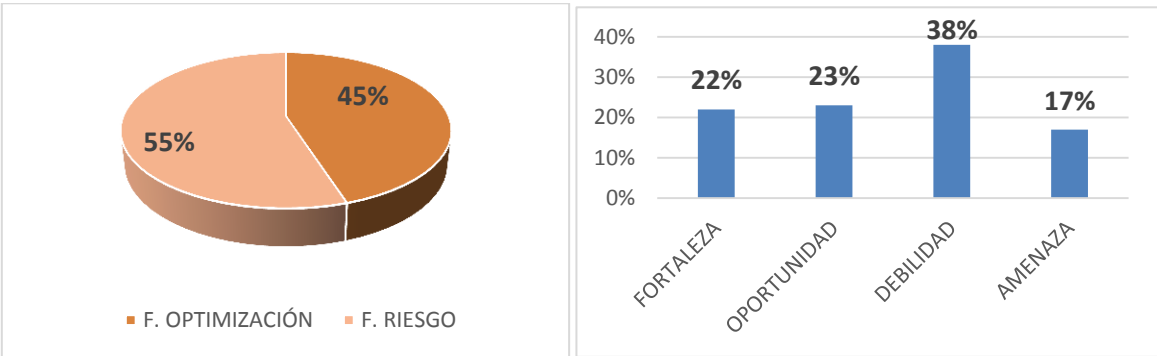
Luego se realizó la identificación de los criterios de análisis, que no son más que factores relevantes para el desempeño del Hospital, en base a las prioridades enmarcadas en la misión, visión y objetivos institucionales. Estos criterios, en el marco de los resultados del balance estratégico, se volverán la base de los problemas identificados y nos permitirá identificar los

factores de oportunidad que aprovechar y de riesgo que superar, para que posteriormente dieran pie a los objetivos estratégicos. Los criterios fueron los siguientes

1. El contexto administrativo-financiero del Hospital
2. Nivel de la cultura organizacional en relación a la seguridad y gestión de los riesgos
3. Política institucional de generar innovación en la aplicación de la tecnología sanitaria
4. Modelo de calidad y la información institucional
5. Participación ciudadana en las decisiones institucionales que les afecta y el sistema de comunicación del Hospital.

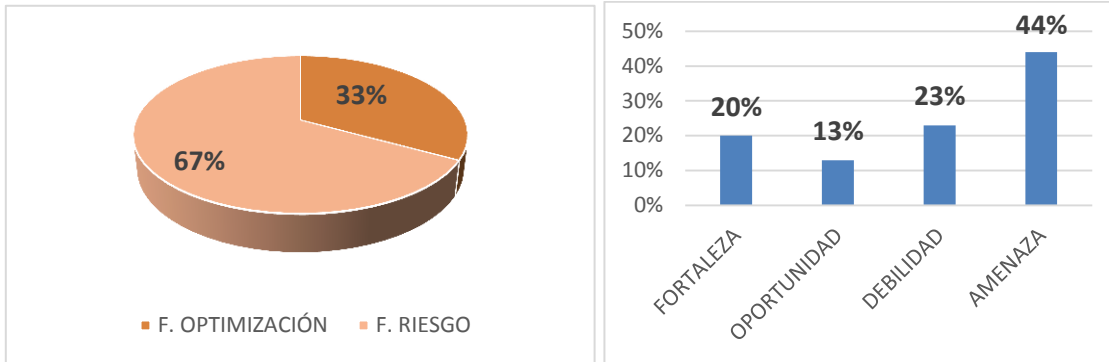
Los resultados en gráficas fueron los siguientes:

**ADMINISTRATIVO-FINANCIERO**



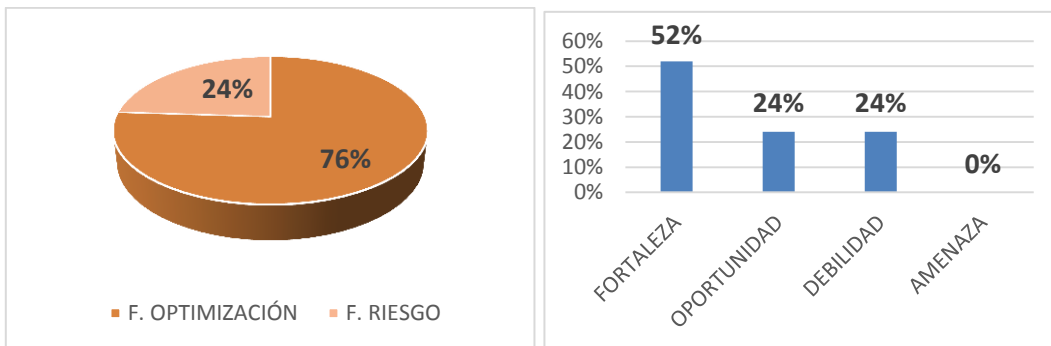
Un balance estratégico a favor de los factores de riesgo, a pesar que ha mejorado respecto a los dos años anteriores, mejorando particularmente en el área de las oportunidades, importante para dar pie a las estrategias para mejorar la condición de éste criterio.

## SEGURIDAD Y GESTIÓN DE LOS RIESGOS



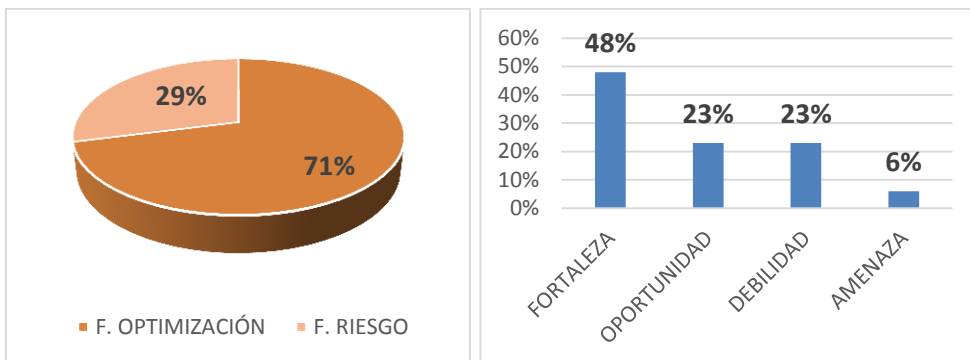
Un balance estratégico siempre a favor de los factores de riesgo, pero mejorando consistentemente cada año, a fuerza de impactar positivamente en la reducción de las debilidades identificadas en el área de sistemas de seguridad y gestión del riesgo en el Hospital

## INNOVACIÓN EN LA APLICACIÓN DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA



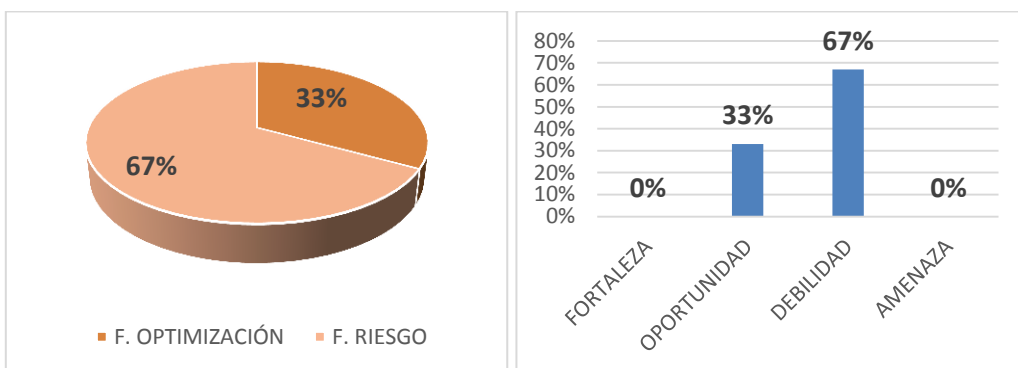
Balance estratégico fortalecido por los factores de optimización de manera impresionante, sobretodo porque empieza a mejorar respecto al año pasado, a partir de mejoras percibidas en relación a las fortalezas (factores internos) y oportunidades identificados en el FODA. Importante es encontrar "0" en las amenazas. Estas se vuelven condiciones que deberán ser aprovechadas al máximo para potenciar el desarrollo de la innovación en la aplicación de la tecnología sanitaria.

### MODELO DE CALIDAD Y LA INFORMACIÓN INSTITUCIONAL



Se observa un balance positivo con una mejora potente en los factores de optimización, empujado por el crecimiento de las fortalezas y oportunidades. Todo lo anterior nos deja ésta área como un fuerte polo de desarrollo que hay que explotar.

### PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SISTEMA DE COMUNICACIÓN DEL HOSPITAL



Acá hemos observado un deterioro del balance estratégico, a fuerza del incremento en la percepción de las debilidades. Es un área a trabajar para impulsar las condiciones que mejoren el balance estratégico global del hospital. Hay que superar la brecha comunicacional y generar los espacios al ciudadano para que se comunique con las autoridades y participe activamente en la gestión y resultados del Hospital.

## PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Para la formulación del PAOH 2022, en el marco de establecer una línea de pensamiento estratégico que dé certidumbre de la hoja de ruta de desarrollo del Hospital, se mantienen los criterios antes descritos y en base a ellos se identificaron y priorizaron los problemas que surgieron del consenso y participación de la alta gerencia y los mandos intermedios, de la misión, visión y objetivos institucionales, pero también se consideraron los objetivos enmarcados en el Plan Cuscatlán y los lineamientos recibidos del MINSAL.

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

<b><i>Priorización de Problemas, determinación de causas y definición de actividades</i></b>			
<b>No.</b>	<b>Problemas priorizados</b>	<b>Causas del problema</b>	<b>Actividades para atacar causas del problema priorizado</b>
<b>1</b>	Déficit en la gestión administrativa financiera de la Institución	Existen deficiencias en los procesos de planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos humanos, materiales y financieros que posee el Hospital, sin contar con sistemas de información confiables, sistema de costos, ni competencias claras de los recursos humanos, y sin relación con los	Elaborar informes cuatrimestrales del cumplimiento del registro de datos en el PERC
			Evaluación de resultados cuatrimestralmente del Programa de Supervisión de la Dirección y el Equipo de Gerencia (ESHO)
			Elaborar las PROA de acuerdo al perfil de cada Dpto
			Evaluación trimestral de los elementos priorizados del Ciclo Presupuestario del Hospital para el 2022
			Evaluación trimestral de la ejecución del Plan Anual de Compras y el Programa de Ejecución Presupuestario
			Evaluar semestralmente el cumplimiento de los Lineamientos para el llenado correcto del formulario estandarizados de Kardex en las unidades organizativas que le corresponde
			Elaborar y presentar trimestralmente informes de indicadores claves de rendimientos del cumplimiento de contratos

		<p>resultados esperados o producidos, conduciéndonos a un uso parcialmente óptimo e ineficiente de los mismos</p>	<p>Elaborar estrategia para la organización y custodia de los archivos institucionales</p> <p>Elaborar e implementar una Estrategia, a través de alianzas interinstitucionales, para ampliar la cobertura y efectividad del mtto correctivo y ornato del Hospital.</p> <p>Fortalecimiento de las habilidades blandas en el personal de alta gerencia y de equipos priorizados.</p> <p>Seguimiento al Plan de Capacitaciones Institucional</p> <p>Control y aseguramiento del cumplimiento del Convenio Específico con la UES, de manera participativa</p> <p>Realización de un trabajo de investigación científica por cada uno de los Departamentos de las 4 especialidades, siguiendo las líneas de la Política Nacional de Investigación en Salud</p> <p>Diseño e implementación del modelo homogéneo para todas las jefaturas de división para la evaluación de resultados al CEG trimestralmente</p>
2	<p>Déficit en la incorporación de las estrategias de la Política de Calidad Institucional</p>	<p>Presencia de una cultura organizacional alejada de las autoevaluaciones, toma de decisiones en base a información, aplicación por la mejora continua y concebir al ciudadano en el centro del proceso asistencial</p>	<p>Evaluación semestral del Modelo de Gestión basado en procesos, incluyendo el aprovechamiento de la herramienta de Ciclo PHVA</p> <p>Elaborar informes semestralmente del seguimiento de todos los Programas de Mejora que se están ejecutando en el Hospital</p> <p>Elaborar y presentar ante el Consejo Estratégico de Gestión un informe anual del control de la Política de Calidad del Hospital</p> <p>Verificar cuatrimestralmente la efectividad de las recomendaciones de los diferentes Comités que tienen por competencia asesorar a la Dirección</p> <p>Diseñar e implementar un Programa para fortalecer el trato humanizado en la prestación de los servicios</p> <p>Seguimiento a los resultados de la evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad en el Hospital</p> <p>Seguimiento a la implementación de la Ley Nacer con Cariño</p>
3	<p>Limitado desarrollo de la cultura organizacional orientada a la seguridad y la gestión de riesgos</p>	<p>Dificultades para la identificación de los riesgos y por lo tanto, falta de necesidad de gestionarlos</p>	<p>Seguimiento semestral a las actividades para mejorar el nivel de seguridad hospitalaria en base a los riesgos sociales o de violencia, a través del cumplimiento de la Norma técnica para la protección del personal y los establecimientos de salud en situaciones de riesgo social</p> <p>Seguimiento semestral a las medidas implementadas (DIPECHO/OPS) para mejorar el nivel (Índice) de seguridad hospitalaria en base al riesgo de y en las instalaciones</p> <p>Evaluar semestralmente la implementación de la estrategia para el "cumplimiento de la normativa vigente" en áreas priorizadas en el marco de Sistema de Control Interno y gestión del riesgo de fraude</p> <p>Seguimiento semestral del Programa de Adecuación Ambiental para el año 2022 en el marco del Diagnóstico Ambiental del Hospital</p>

			<p>Seguimiento semestral del Plan de Seguridad e Higiene Ocupacional para el 2022</p> <p>Evaluación semestralmente del PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS y de la evaluación de los incidentes y eventos adversos</p> <p>Elaborar e implementar Plan de divulgación del PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS al personal de nuevo ingreso</p> <p>Seguimiento trimestral al cumplimiento y efectividad de las actividades de control de la valoración de riesgos de las diferentes unidades organizativas</p> <p>Fortalecimiento de la divulgación del Plan de Emergencias y Desastres del Hospital</p> <p>Actualizar los planes de contingencia para enfermedades epidémicas priorizadas (infecciosas o por vectores) según evaluación epidemiológica y del COVID 19</p>
4	Limitados resultados a partir del modelo tradicional de la prestación de los servicios hospitalarios	Modelo tradicional de la prestación de los servicios de salud en los Hospitales caducado, que no responde a las nuevas necesidades y demandas de los usuarios, produciendo altos niveles de insatisfacción	<p>Seguimiento de la estrategia del modelo de atención asistencial integrado, con la incorporación de trabajadoras sociales y psicólogos a los equipo de los Departamentos Médicos asistenciales</p> <p>Diseño de la estrategia para apoyar a trabajadores del Hospital con enfermedades crónicas no transmisibles (HTA/DM) y ERC</p> <p>Monitoreo de los exámenes de laboratorio/gabinete que aportan al diagnóstico temprano de patología cancerosa</p> <p>Monitoreo de la proporción de resultados anormales de los exámenes de laboratorio/gabinete identificados para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial Crónica y Enfermedad Renal Crónica)</p> <p>Diseñar un sistema de información para la identificación y seguimiento de los pacientes con sobrepeso, obesos o desnutridos de los diferentes grupos étnicos, fortaleciendo la Política Crecer Juntos</p> <p>Evaluación del Programa de la Clínica de Riesgo Preconcepcional</p> <p>Evaluación del desempeño de Clínica para Adolescentes bajo los estándares de la Política Crecer Juntos</p> <p>Diseño de un Programa para el Fortalecimiento de la Salud Mental del Personal del Hospital</p>
5	Insuficiente participación de la ciudadanía y deficiencias del sistema de comunicaciones institucional	Falta de reconocimiento de los derechos de los usuarios de participar en el proceso de toma de las decisiones dentro de los hospitales que les afectan directamente	<p>Elaborar informes semestralmente de los resultados de las diferentes encuestas de satisfacción realizadas y de la apertura de los buzones</p> <p>Realizar encuesta de satisfacción por la calidad de la comunicación ascendente y descendente dirigida al personal institucional</p> <p>Elaborar y socializar la Guía de Trámites institucionales</p> <p>Evaluación de la Estrategia de Gestión de Quejas en el Hospital</p> <p>Implementación de los flujogramas para la ruta bidireccional de la información generada por el Hospital (priorizada)</p>



***PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE GESTIÓN PARA EL AÑO 2022***

Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
Elaborar informes cuatrimestrales del cumplimiento del registro de datos en el PERC	% de informes presentados a la Dirección de acuerdo a lo programado	100%	Informes presentados a la Dirección	Coordinador del Comité de Costos	Miembros del Comité de Costos	Enero	Diciembre	Visión PEI: "...optimizando el uso de los recursos..."	Comité de Costos funcionando adecuadamente
Evaluación de resultados cuatrimestralmente del Programa de Supervisión de la Dirección y el Equipo de Gerencia (ESHO)	% de informes presentados a la Dirección de acuerdo a lo programado	100%	Informes presentados a la Dirección	Sub-Dirección	Coordinadores de los ESHO	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Apoyo de la Gerencia a la implementación de la estrategia
Elaborar las PROA de acuerdo al perfil de cada dpto	% de PROA elaborados en relación a los programados para hacerlos	100%	PROA elaborados	Asesor médico de medicamentos e insumos	Comité de Farmacoterapia	Enero	Abril		Apoyo de la Gerencia a la implementación de la estrategia
Evaluación trimestral de los elementos priorizados del Ciclo Presupuestario del Hospital para el 2022	% de informes de evaluación del ciclo presupuestario en relación a los programados	100%	Informes entregados a la Dirección	Coordinador del comité de presupuesto	Miembros del Comité	Enero	Diciembre	Visión PEI: "...optimizando el uso de los recursos..."	Voluntad política de la Alta Gerencia y cambio de paradigmas
Evaluación trimestral de la ejecución del Plan Anual de Compras y el Programa de Ejecución Presupuestario	% de informes de presentados a la Dirección de la evaluación del PAC y del PEP	100%	Informes entregados a la Dirección	Jefe UFI	Jefe División Administrativa y Jefe UACI	Enero	Diciembre	Visión PEI: "...optimizando el uso de los recursos..."	Implementación del trabajo coordinado entre las partes para la ejecución de ambos planes o programas
Evaluar semestralmente el cumplimiento de los Lineamientos para el llenado correcto del formulario estandarizados de Kardex en las unidades	% de informes de la evaluación del cumplimiento de los Lineamientos para el llenado correcto del formulario estandarizados de Kardex en las	100%	Informes entregados a la Dirección	Jefe División Administrativa	Jefe de División de Apoyo y Asesor Médico de Suministros	Enero	Diciembre	Visión PEI: "...optimizando el uso de los recursos..."	Lineamientos para el nuevo formulario de Kardex validado y aprobado por la Dirección

Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
organizativas que le corresponde	unidades organizativas que le corresponde								
Elaborar y presentar trimestralmente informes de indicadores claves de rendimientos del cumplimiento de contratos	% de informes presentados a la Dirección de acuerdo a lo programado	100%	Informes presentados a la Dirección	Jefe UACI	Jefe División Administrativa	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Trabajo coordinado entre los administradores de contrato y la UACI
Elaborar estrategia para la organización y custodia de los archivos institucionales	Documento entregado a la Dirección	Documento entregado a la Dirección	Documento	Coordinador del Comité	Miembros del Comité	Enero	Junio	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Comité Institucional para el resguardo de documentos y archivos capacitado y funcionando

Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
Elaborar e implementar una Estrategia, a través de alianzas interinstitucionales, para ampliar la cobertura y efectividad del mto correctivo y ornato del Hospital.	Documento entregado a la Dirección	Documento entregado a la Dirección	Documento	Jefe de División Administrativa	Jefe de Conservación y Mantenimiento	Enero	Diciembre	2.3.7 Fortalecidas las redes de salud para asegurar la entrega continua y complementaria de servicios de salud. Y Política Crecer Juntos	Fortalecimiento de las alianzas estratégicas inter-institucionales
Fortalecimiento de las habilidades blandas en el personal de alta gerencia y de equipos priorizados.	% de jornadas ejecutadas en relación a las programadas	100%	jornadas ejecutadas	Jefe UDP	Jefe de RRHH	Enero	Junio	2.3.8 Fortalecida la gestión de recursos humanos	Potenciar el liderazgo y el trabajo en equipo
Seguimiento al Plan de Capacitaciones Institucional	% de capacitaciones realizadas en base a las programadas	90%	capacitaciones realizadas	Jefe UDP	Jefes de División y Jefe de RRHH	Enero	Diciembre	2.3.8 Fortalecida la gestión de recursos humanos	Apoyo gerencial al desarrollo del Plan de Capacitaciones
Control y aseguramiento del cumplimiento del Convenio Especifico con la UES, de manera participativa	Informe del estado y condiciones del cumplimiento del Convenio entregado a la Dirección	Informe entregado a la Dirección	Informe del estado y condiciones del cumplimiento del Convenio entregado a la Dirección	Jefe UDP	Coordinadores por especialidad del Hospital	Enero	Diciembre	2.3.8 Fortalecida la gestión de recursos humanos	Mantener óptimas relaciones con las universidades

Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
Realización de un trabajo de investigación científica por cada uno de los Departamentos de las 4 especialidades, siguiendo las líneas de la Política Nacional de Investigación en Salud	% de Departamentos de las especialidades médicas que presentan al final del año un trabajo de investigación científica	100%	Trabajo de Investigación presentado al final del año	Jefe UDP	Jefaturas de Departamento y Comité de Investigación de Enfermería	Enero	Diciembre	2.3.6 Fortalecida la Investigación en Salud	Liderazgo de las autoridades y la implementación de una estrategia de incentivos
Diseño e implementación del modelo homogéneo para todas las jefaturas de división para la evaluación de resultados al CEG trimestralmente	Documento entregado a la Dirección	Documento entregado a la Dirección	Documento	Sub-Dirección	Jefe Planificación	Enero	Diciembre	2.3.11 Fortalecida la Promoción de la salud, comunicación social y rendición de cuentas	Voluntad política de la Alta Gerencia y cambio de paradigmas
Evaluación semestral del Modelo de Gestión basado en procesos, incluyendo el aprovechamiento de la herramienta de Ciclo PHVA	% de informes presentados a la Dirección de acuerdo a lo programado	100%	Informes presentados a la Dirección	Jefe UOC	Jefes de División	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Voluntad política de la Alta Gerencia y cambio de paradigmas

Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
Elaborar informes semestralmente del seguimiento de todos los Programas de Mejora que se están ejecutando en el Hospital	% de informes presentados a la Dirección de acuerdo a lo programado	100%	Informes presentados a la Dirección	Jefes de División	Jefe UOC	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Voluntad política de la Alta Gerencia y cambio de paradigmas
Elaborar y presentar ante el Consejo Estratégico de Gestión un informe anual del control de la Política de Calidad del Hospital	Informe anual evaluado por el Consejo Estratégico de Gestión	Informe anual evaluado por el Consejo Estratégico de Gestión	Informe anual	Jefe UOC	Jefes de División	Mayo	Junio	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Voluntad política de la Alta Gerencia y cambio de paradigmas
Verificar cuatrimestralmente la efectividad de las recomendaciones de los diferentes Comités que tienen por competencia asesorar a la Dirección	% de informes presentados a la Dirección de acuerdo a lo programado	100%	Informes presentados a la Dirección	Jefe UOC	Coordinadores de Comités asesores de la Dirección	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Voluntad política de la Alta Gerencia y cambio de paradigmas
Diseñar e implementar un Programa para fortalecer el trato humanizado en la prestación de los servicios	% de cumplimiento de los indicadores del Programa para fortalecer el trato humanizado en la prestación de los servicios de salud	100%	Informe de cumplimiento de los indicadores presentado a la Dirección	Dirección	Jefe de RRHH, UOC y Equipo de Humanización del Hospital	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Impulso directivo y coordinación efectiva con las jefaturas para el involucramiento del personal

Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
Seguimiento a los resultados de la evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad en el Hospital	Informe anual de los resultados de la evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad en el Hospital	100%	Informe anual	Jefe UOC	Consejo Estratégico de Gestión	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Impulso directivo y coordinación efectiva con las jefaturas para el involucramiento del personal
Seguimiento a la implementación de la Ley Nacer con Cariño	Informes semestrales de seguimiento a la implementación de la Ley	100%	Informes de seguimiento a la implementación de la Ley	Coordinador del equipo de seguimiento	Equipo de seguimiento	Enero	Marzo	2.3.9 Fortalecidos los programas de salud de interés público en función de la salud universal	Garantía de la implementación de las condiciones necesarias para el programa de supervisión
Seguimiento semestral a las actividades para mejorar el nivel de seguridad hospitalaria en base a los riesgos sociales o de violencia, a través del cumplimiento de la Norma técnica para la protección del personal y los establecimientos de salud en situaciones de riesgo social	% de protocolos o procedimientos de la Norma Técnica socializados e incorporados a las actividades de rutina del personal de vigilancia del Hospital	100%	Protocolos o procedimientos de la Norma Técnica socializados e incorporados	Jefe de Conservación y Mantenimiento	Jefe de Servicios Generales y Jefe de Vigilantes	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Divulgación y cumplimiento efectivo de la Norma Técnica

Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
Seguimiento semestral a las medidas implementadas (DIPECHO/OPS) para mejorar el nivel (Índice) de seguridad hospitalaria en base al riesgo de y en las instalaciones	% de actividades ejecutadas en el marco de las actividades para mejorar el índice de seguridad hospitalaria (DIPECHO/OPS)	80% o más	Actividades ejecutadas para mejorar el índice de seguridad hospitalaria	Jefe de Conservación y Mantenimiento	Jefe de enfermería de la Unidad de Emergencia	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Cultura de la auto evaluación a nivel gerencial
Evaluar semestralmente la implementación de la estrategia para el "cumplimiento de la normativa vigente" en áreas prioritizadas en el marco de Sistema de Control Interno y gestión del riesgo de fraude	Informe de evaluación presentado a la Dirección por la implementación de la estrategia para el "cumplimiento de la normativa vigente" en áreas prioritizadas en el marco de Sistema de Control Interno y gestión del riesgo de fraude	Informe presentado según programación	Informe presentado según programación	Jefe de Unidad Jurídica	Jefes de División	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Voluntad política del nivel gerencial de construir las condiciones para la reducción de las probabilidades de fraude
Seguimiento semestral del Programa de Adecuación Ambiental para el año 2022 en el marco del Diagnóstico Ambiental del Hospital	% de indicadores cumplidos del Programa en tiempo y forma	100%	Indicadores cumplidos en tiempo y forma	Jefe de Conservación y Mantenimiento	Comité de Medio Ambiente	Enero	Diciembre	2.3.12 Mejorada la salud ambiental	Comité de Medio Ambiente funcionando efectivamente



Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
Seguimiento semestral del Plan de Seguridad e Higiene Ocupacional para el 2022	% de indicadores cumplidos del Programa en tiempo y forma	100%	Indicadores cumplidos en tiempo y forma	Jefe de División Administrativa	Comité de Seguridad Ocupacional	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Comité de Seguridad Ocupacional funcionando efectivamente
Evaluación semestralmente del PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS y de la evaluación de los incidentes y eventos adversos	% de informes presentados a la Dirección de acuerdo a lo programado	100%	Informes presentados a la Dirección	Jefe UOC	Jefes de División	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Evidencias fuertes del compromiso de las autoridades con la seguridad de los pacientes
Elaborar e implementar Plan de divulgación del PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS al personal de nuevo ingreso	% de actividades de divulgación ejecutadas en base a las programadas	100%	Actividades de divulgación ejecutadas en base a las programadas	Jefe de UDP	Jefe de Recursos Humanos	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Evidencias fuertes del compromiso de las autoridades con la seguridad de los pacientes

Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
Seguimiento trimestral al cumplimiento y efectividad de las actividades de control de la valoración de riesgos de las diferentes unidades organizativas	% de informes de cumplimiento y efectividad de las actividades de control entregados a la Dirección en base a las unidades organizativas programadas para realizarlos	100%	Informes de cumplimiento y efectividad de las actividades de control entregados a la Dirección	Sub-Dirección	Jefes de División	Febrero	Noviembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Compromiso con los resultados de parte de los Jefes de División
Fortalecimiento de la divulgación del Plan de Emergencias y Desastres del Hospital	% de unidades organizativas a las que se les ha divulgado el Plan de Emergencia y Desastres del Hospital	100%	unidades organizativas a las que se les ha divulgado el Plan de Emergencia y Desastres del Hospital	Coordinador del Comité de Emergencias y Desastres	Comité de Emergencias y Desastres y Jefes de unidades organizativas	Enero	Junio	2.3.13 Fortalecida la gestión de respuesta ante emergencias sanitarias, pandemias y desastres	Apoyo al Comité y evidente compromiso gerencial
Actualizar los planes de contingencia para enfermedades epidémicas priorizadas (infecciosas o por vectores)según evaluación epidemiológica y del COVID 19	% de planes de contingencia para enfermedades epidémicas priorizadas (infecciosas o por vectores)según evaluación epidemiológica y del COVID 19 actualizados	100%	Planes de contingencia para enfermedades epidémicas priorizadas (infecciosas o por vectores)según evaluación epidemiológica y del COVID 19 actualizados	Coordinador del Comité de Emergencias y Desastres	Miembros del Comité	Enero	Marzo	2.3.13 Fortalecida la gestión de respuesta ante emergencias sanitarias, pandemias y desastres	Apoyo al equipo responsable y evidente compromiso gerencial

Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
Seguimiento de la estrategia del modelo de atención asistencial integrado, con la incorporación de trabajadoras sociales y psicólogos a los equipos de los Departamentos Médicos asistenciales	Informe de cumplimiento de indicadores de desempeño del modelo, fortalezas, debilidades y recomendaciones	Informe presentado a la Dirección el mes de julio del 2022	Informe presentado a la Dirección	Jefe de División Médica y de Enfermería	Jefes de los Departamentos médicos	Enero	Julio	2.3.9 Fortalecidos los programas de salud de interés público en función de la salud universal	Apoyo al equipo responsable y evidente compromiso gerencial
Diseño de la estrategia para apoyar a trabajadores del Hospital con enfermedades crónicas no transmisibles (HTA/DM) y ERC	Propuesta de la Estrategia entregada a la Dirección	Propuesta de la Estrategia entregada a la Dirección	Documento de propuesta	Jefe de División Médica y de Enfermería	Jefe del Departamento de Medicina Interna y de Consulta Externa	Enero	Marzo	2.3.9 Fortalecidos los programas de salud de interés público en función de la salud universal	Apoyo al equipo responsable y evidente compromiso gerencial
Monitoreo de los exámenes de laboratorio/gabinete que aportan al diagnóstico temprano de patología cancerosa (mama, próstata, pulmón, gástrico y colorectal)	Informe de resultados trimestral	Informe de resultados trimestral presentado a la Dirección	Documento	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	Jefe de División Médico quirúrgica	Enero	Diciembre	2.3.9 Fortalecidos los programas de salud de interés público en función de la salud universal	Apoyo al equipo responsable y evidente compromiso gerencial

Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
Monitoreo de la proporción de resultados anormales de los exámenes de laboratorio/gabinete identificados para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial Crónica y Enfermedad Renal Crónica)	Informe de resultados trimestral	Informe de resultados trimestral presentado a la Dirección	Documento	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	Jefe de División Médico quirúrgica	Enero	Diciembre	2.3.9 Fortalecidos los programas de salud de interés público en función de la salud universal	Apoyo al equipo responsable y evidente compromiso gerencial
Diseñar un sistema de información para la identificación y seguimiento de los pacientes con sobrepeso, obesos o desnutridos de los diferentes grupos étnicos, fortaleciendo la Política Crecer Juntos	Sistema terminado y entregado a la Dirección	Sistema terminado y entregado a la Dirección	Sistema terminado y entregado a la Dirección	Jefe de Alimentación y Dietas	Jefe División Administrativa	Enero	Marzo	2.3.9 Fortalecidos los programas de salud de interés público en función de la salud universal	Apoyo al equipo responsable y evidente compromiso gerencial
Evaluación del desempeño de la Clínica para Adolescentes en el Hospital bajo los estándares de la Política Crecer Juntos	Informe de cumplimiento de indicadores de desempeño de la Clínica, fortalezas, debilidades y recomendaciones	Informe presentado a la Dirección el mes de abril del 2022	Informe presentado a la Dirección	Jefe de División Médica y de Enfermería	Jefe del Departamento de Medicina Interna, Pediatría y de Gineco-obstetricia	Enero	Abril	2.3.9 Fortalecidos los programas de salud de interés público en función de la salud universal	Apoyo al equipo responsable y evidente compromiso gerencial

Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
Evaluación del Programa de la Clínica de Riesgo Preconcepcional	Informe de cumplimiento de indicadores de desempeño del modelo, fortalezas, debilidades y recomendaciones	Informe de cumplimiento de indicadores de desempeño del modelo presentado a la Dirección en el mes de abril	Informe de cumplimiento de los indicadores presentado a la Dirección	Jefe de División Médica y de Enfermería	Jefe del Dpto de Medicina Interna y Gineco-obstetricia	Enero	Abril	2.3.9 Fortalecidos los programas de salud de interés público en función de la salud universal	Apoyo al equipo responsable y evidente compromiso gerencial
Desarrollar un Programa para el Fortalecimiento de la Salud Mental del Personal del Hospital	Programa elaborado y entregado en la Dirección	Programa elaborado y entregado en la Dirección en Febrero del 2022	Programa elaborado y entregado en la Dirección	Jefe de División Médica y de Enfermería	Jefe de Consulta Externa, Unidad de Salud Mental y de Violencia	Enero	Febrero	2.3.9 Fortalecidos los programas de salud de interés público en función de la salud universal	Apoyo al equipo responsable y evidente compromiso gerencial

Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
Elaborar informes semestralmente de los resultados de las diferentes encuestas de satisfacción realizadas y de la apertura de los buzones	% de informes presentados a la Dirección de acuerdo a lo programado	100%	Informes presentados a la Dirección	Jefe ODS	Equipo de apertura de buzones	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Equipo de apertura funcionando
Realizar encuesta de satisfacción por la calidad de la comunicación ascendente y descendente dirigida al personal institucional	% de recursos encuestados satisfechos por la calidad de la comunicación ascendente y descendente dentro del Hospital	Igual o mayor al 80%	Recursos encuestados satisfechos por la calidad de la comunicación	Comunicaciones del Hospital	Jefaturas de las diferentes dependencias	Junio	Julio	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Apoyo técnico para la formulación de la encuesta y método a aplicar para pasarla y tabular los resultados

<b>Actividades</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Meta 2022</b>	<b>Unidad de Medida</b>	<b>Responsable</b>	<b>Colaboradores</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Fin</b>	<b>Aporta a resultado PEI</b>	<b>Supuestos externos</b>
Elaborar y socializar la Guía de Trámites institucionales	Guía de Trámites institucionales aprobada por la Dirección y publicada On line	Guía de Trámites institucionales aprobada por la Dirección y publicada On line en el mes de junio del 2022	Documento de Guía de Trámites	Sub-Dirección	Comunicaciones, Trabajo Social, Jefes de División, ODS	Enero	Junio	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Coordinación efectiva del equipo y el resto de unidades del hospital. Además de apoyo técnico para su elaboración

Actividades	Indicadores	Meta 2022	Unidad de Medida	Responsable	Colaboradores	Fecha Inicio	Fecha Fin	Aporta a resultado PEI	Supuestos externos
Evaluación de la Estrategia de Gestión de Quejas en el Hospital	Informe de evaluación de la Estrategia entregado a la Dirección en el segundo trimestre del año	Informe de evaluación de la Estrategia entregado a la Dirección en el segundo trimestre del año	Informe de evaluación de la Estrategia entregado a la Dirección	Consejo Estratégico de Gestión	ODS	Abril	Junio	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Aplicar efectivamente las funciones del Consejo
Implementación de los flujogramas para la ruta bidireccional de la información generada por el Hospital (priorizada)	% de satisfacción por la interacción de la información y con la oportunidad y efectividad por el acceso a la misma (por muestra)	Igual o mayor al 80%	Recurso humano del hospital encuestado y satisfecho	Comunicaciones	Jefes de División	Enero	Diciembre	2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos	Apoyo de la Dirección en el cumplimiento de los flujogramas



## VALORACIÓN DE RIESGOS

PROCESO	RIESGOS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DEL RIESGO. F	MAGNITUD DEL IMPACTO DEL RIESGO. I	EXPOSICIÓN AL RIESGO (F * I)	ACCIONES PARA EL CONTROL DE RIESGO	RESPONSABLES
CONSULTA	Desinformación sobre proceso de atención o requisitos por parte de las UCSF y Hospitales periféricos.	2	3	6	Socialización anual del proceso de atención, por referente de Comité de Referencia, Retorno e Interconsultas a los referentes de SIBASI y Hospitales periféricos	Jefatura Médica y de Enfermería de Consulta Externa, Referente de Comité RRI.
	Incumplimiento de requisitos	4	3	12	Socialización anual por referente de Comité de Referencia, Retorno e Interconsultas a los referentes de SIBASI y Hospitales periféricos de requisitos específicos por especialidad.	
	Ausencia de recurso humano para actividades específicas	2	4	8	Rotación del recurso en áreas según necesidad de la Unidad	
	Falla de sistema informático	3	4	12	Implementar procedimientos manuales y solicitar mantenimiento inmediato a los equipos.	Jefatura Médica y de Enfermería de Consulta Externa, Jefatura de mantenimiento e Informática.
	Fluctuación en la energía eléctrica.	3	4	12	Plan de evaluación técnica a departamento de mantenimiento.	
	Confusión de expedientes médicos.	1	5	5	Listado diario de consulta Médica de SIAP	
	Confusión de recetas	2	5	10	Libro de entrega de recetas a pacientes	Jefatura Médica y de Enfermería de Consulta Externa,
EGRESOS	Caídas de los pacientes de su cama o camilla	2	4	8	Aplicación de escala de riesgo para prevención de caídas	Jefe de Departamento o servicio
	Fallas en procedimientos por identificación equívoca	2	3	6	Aplicación de sistema de identificación inequívoca (brazalete)	Enfermera Jefe servicio
	Incumplimiento de indicaciones de médico interconsultante	3	4	12	Control a través de auditorías de expedientes clínicos	Jefe de Departamento o servicio

	Inasistencia de médico de staff responsable de la visita	3	4	12	Programa contingencial de cobertura de atención de camas en la visita médica	Jefe del Departamento o servicio
PARTOS	Identificación incorrecta de la paciente	3	4	12	Corroboración verbal de identificación acorde a pulsera y expediente clínico	Jefe de Ginecología y Obstetricia
	Riesgo de confusión de recién nacido	3	5	15	Identificación inmediata al nacimiento y durante apego precoz	
	Incumplimiento de tiempo de administración de antibiótico profiláctico en pacientes que serán intervenidas quirúrgicamente	3	4	12	Supervisión expedientes clínicos, retroalimentación al personal de salud	
	Ubicación de pacientes con embarazadas con morbilidades en el área de trabajo de parto	4	4	16	Habilitación de área designada para pacientes con comorbilidades dentro del área física de Partos	

PROCESO	RIESGOS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DEL RIESGO. F	MAGNITUD DEL IMPACTO DEL RIESGO. I	EXPOSICIÓN AL RIESGO (F * I)	ACCIONES PARA EL CONTROL DE RIESGO	RESPONSABLES
CIRUGÍAS	paciente no se presente a su cirugía programada	2	5	10	Se verifica ingreso y registro de paciente 24 horas previas al recibir expediente en sala de operaciones para su evaluación anestésica preoperatoria.	Jefatura de Sala de Operaciones
	valoraciones no aceptables (incompletas o vencidas)	3	4	12	Se verifica la calidad de las valoraciones 24 horas previas al efectuarse la evaluación anestésica preoperatoria..	
	Paciente no apto para su intervención. (Fiebre, hipotensión, hipertensión, tos, gripe, hiperglicémico, etc.)	2	5	12	Motorizan los signos vitales al recibir paciente en quirófano del paciente, así como análisis de sus exámenes.	
	Incumplimiento de indicaciones anestésicas o medicas	3	4	12	Revisión del expediente clínico verificando el cumplimiento de las indicaciones médicas o anestésicas	

	Un procedimiento anestésico inseguro, por fallas en el equipo o falta de medicamentos o insumos apropiados.	2	5	10	Verificar el cumplimiento de mantenimiento de todo el equipo de anestesia así como el abastecimiento oportuno del Stock de medicamentos y el Kardex de insumos de anestesia, así como la ejecución del instrumento de cirugía segura en cada intervención.
	Instrumental quirúrgico o insumos inadecuado o no esté disponible.	3	5	15	Revisar Stock de insumos, paquetes e instrumental, equipos, su integridad y vigencia previa de acuerdo a la solicitud de intervención recibida 24 horas antes,
	No se cumplan las normas de bioseguridad	3	4	12	Mantener actividades ya programadas de bioseguridad, como desinfección de equipo, quirófanos, cultivos, de acuerdo a normativas así como la ejecución del instrumento de cirugía segura en cada intervención.
	Personal médico, Anestesiólogo o enfermería no idónea o ausente.	2	4	8	Confirmar nombres de todo el personal involucrado en una intervención, cirujano responsable, así la ejecución del instrumento de cirugía segura en cada intervención
	No exista equipo, medicamentos ni insumo en Almacén o farmacia.	2	4	8	Monitorear y revisar lista de insumos, instrumental y equipos, su integridad, vigencia previa de acuerdo a demanda de solicitud en arsenal.24 horas previos
	No se cuente con sistema de esterilización por una emergencia o fallo.	3	4	12	Verificar con central de equipos la disponibilidad de la autoclave como del cumplimiento de la demanda a esterilizar así como reportar inmediatamente al centro quirúrgico la falta o falla de este.24 horas previas
	No exista en el cuadro básico institucional el insumo / medicamento necesario para esa intervención.	2	4	6	Revisión de Stock como de Kardex semanalmente para proveer la falta de insumo o medicamentos y poder gestionarlos previamente.

***PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES PARA EL AÑO 2022***

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septie	Octub	Noviem	Diciemb	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
Servicios Finales													
Consulta Externa Médica													
Especialidades													
Especialidades Básicas													
Medicina Interna	1905	1905	1905	1905	1905	1905	1905	1905	1905	1905	1905	1909	22864
Cirugía General	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	209	219	2518
Pediatría General	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	200	2290
Ginecología	625	625	625	625	625	625	625	625	625	625	625	625	7500
Obstetricia	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	3480
Psiquiatría	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	408	4808
Sub especialidades													
Sub Especialidades de Medicina Interna													
Cardiología	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	60	687
Dermatología	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	199	2289
Endocrinología	377	377	377	377	377	377	377	377	377	377	377	388	4535
Nefrología	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	100	1145
Neumología	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	43	461
Sub Especialidades de Cirugía													
Máxilofacial	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	22	187

Neurocirugía	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	62	689
Oftalmología	537	537	537	537	537	537	537	537	537	537	537	547	6454
Ortopedia	267	267	267	267	267	267	267	267	267	267	267	270	3207
Otorrinolaringología	248	248	248	248	248	248	248	248	248	248	248	250	2978
Proctología	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	192
Urología	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	162	1834
Vascular	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	228
<b>Sub Especialidades de Pediatría</b>													
Cardiología	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	81	917
Cirugía Pediátrica	129	129	129	129	129	129	129	129	129	129	129	139	1558
Neonatología	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	1152
Neumología	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	43	461
Neurología	324	324	324	324	324	324	324	324	324	324	324	327	3891
<b>Emergencias</b>													
<b>De Medicina Interna</b>													
Medicina Interna	657	657	657	657	657	657	657	657	657	657	657	666	7893
<b>De Cirugía</b>													
Cirugía General	732	732	732	732	732	732	732	732	732	732	732	739	8791
<b>De Pediatría</b>													
Pediatría Gral.	619	619	619	619	619	619	619	619	619	619	619	620	7429
<b>De Gineco-Obstetricia</b>													

Ginecología	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	300	
Obstetricia	566	566	566	566	566	566	566	566	566	566	566	566	6792	
<b>Otras Atenciones Consulta Externa Médica</b>														
Clínica de cesación de consumo de tabaco	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	36	410
Colposcopia	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	2880
Nutrición	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	255	3027
Planificación Familiar	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	600
Psicología	457	457	457	457	457	457	457	457	457	457	457	457	465	5492
<b>Consulta Externa Odontológica</b>														
Odontológica de primera vez	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	116	1282
Odontológica subsecuente	427	427	427	427	427	427	427	427	427	427	427	427	433	5130

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
Servicios Finales. Egresos Hospitalarios													
Especialidades Básicas													
Cirugía	268	268	268	268	268	268	268	268	268	268	268	270	3218
Ginecología	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	55	638
Medicina Interna	258	258	258	258	258	258	258	258	258	258	258	260	3098
Obstetricia	503	503	503	503	503	503	503	503	503	503	503	514	6047
Pediatría	323	323	323	323	323	323	323	323	323	323	323	330	3883
Sub Especialidades													
Sub Especialidad de Medicina Interna													
Nefrología	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	54	571
Sub Especialidades de Cirugía													
Ortopedia / Traumatología	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	69	740
Otorrinolaringología	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	14	146
Sub Especialidades de Pediatría													
Cirugía Pediátrica	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	672
Neonatología	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	153	1825
Otros Egresos													
Bienestar Magisterial	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	89	1035
Partos													



Partos vaginales	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	230	2760	
Partos por Cesáreas	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	113	1356	
<b>Cirugía Mayor</b>														
Electivas para Hospitalización	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	176	2024
Electivas Ambulatorias	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	54	560
De Emergencia para Hospitalización	268	268	268	268	268	268	268	268	268	268	268	268	273	3221
<b>Medicina Crítica</b>														
<b>Unidad de Emergencia</b>														
Admisiones		148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	158	1786
Transferencias	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	139	1613
<b>Unidad de Máxima Urgencia</b>														
Admisiones	267	267	267	267	267	267	267	267	267	267	267	267	270	3207
Transferencias	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	117	1371
<b>Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios</b>														
Admisiones	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	61	655
Transferencias	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	50	501

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
<b>Servicios Intermedios</b>													
<b>Diagnostico</b>													
<b>Imagenología</b>													
Fluoroscopias	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	17	160
Radiografías	3866	3866	3866	3866	3866	3866	3866	3866	3866	3866	3866	3866	46392
Ultrasonografías	817	817	817	817	817	817	817	817	817	817	817	817	9804
Tomografía Axial Computarizada	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	1920
Mamografías Diagnósticas	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	192
Mamografías de Tamizaje	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	24	200
<b>Anatomía Patológica</b>													
Biopsias Cuello Uterino	222	222	222	222	222	222	222	222	222	222	222	224	2666
Biopsias Mama	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	19	140
Biopsias Otras partes del cuerpo	679	679	679	679	679	679	679	679	679	679	679	681	8150
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>													
Colposcopias	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	480
Ecocardiogramas	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	960
Electrocardiogramas	765	765	765	765	765	765	765	765	765	765	765	765	9180
Electroencefalogramas	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	1260
Endoscopias	126	126	126	126	126	126	126	126	126	126	126	126	1512
Pruebas de HOLTER	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	384
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>													
Conos Loop	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	72
Crioterapias	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	144
Diálisis Peritoneal	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	3000
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	22203	22203	22203	22203	22203	22203	22203	22203	22203	22203	22203	22203	266436
Hemodiálisis	2083	2083	2083	2083	2083	2083	2083	2083	2083	2083	2083	2087	25000
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	15810	15810	15810	15810	15810	15810	15810	15810	15810	15810	15810	15818	189728

Recetas Dispensadas de Hospitalización	42083	42083	42083	42083	42083	42083	42083	42083	42083	42083	42083	42087	505000
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
Servicios Intermedios. Diagnostico													
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre													
Hematología													
Consulta Externa	2190	2190	2190	2190	2190	2190	2190	2190	2190	2190	2190	2200	26290
Hospitalización	7916	7916	7916	7916	7916	7916	7916	7916	7916	7916	7916	7922	94998
Emergencia	3080	3080	3080	3080	3080	3080	3080	3080	3080	3080	3080	3086	36966
Inmunología													
Consulta Externa	1253	1253	1253	1253	1253	1253	1253	1253	1253	1253	1253	1255	15038
Hospitalización	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2260	2260	27120
Emergencia	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	12000
Referido/ Otros	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	1536
Bacteriología													
Consulta Externa	455	455	455	455	455	455	455	455	455	455	455	455	5460
Hospitalización	3664	3664	3664	3664	3664	3664	3664	3664	3664	3664	3664	3664	43968
Emergencia	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	87	1000
Referido/ Otros	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116	124	1400
Parasitología													
Consulta Externa	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	145	1630
Hospitalización	589	589	589	589	589	589	589	589	589	589	589	597	7076
Emergencia	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220	224	2644
Bioquímica													
Consulta Externa	8993	8993	8993	8993	8993	8993	8993	8993	8993	8993	8993	8995	107918
Hospitalización	30749	30749	30749	30749	30749	30749	30749	30749	30749	30749	30749	30755	368994
Emergencia	10978	10978	10978	10978	10978	10978	10978	10978	10978	10978	10978	10980	131738
Banco de Sangre													
Consulta Externa	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	142	1616
Hospitalización	2666	2666	2666	2666	2666	2666	2666	2666	2666	2666	2666	2674	32000
Emergencia	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	82	874

Referido/ Otros	936	936	936	936	936	936	936	936	936	936	936	946	11242
<b>Urianálisis</b>													
Consulta Externa	353	353	353	353	353	353	353	353	353	353	353	359	4242
Hospitalización	648	648	648	648	648	648	648	648	648	648	648	654	7782
Emergencia	497	497	497	497	497	497	497	497	497	497	497	503	5970

Actividades	Enero	Febr	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Octub	Novie	Diciem	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
Servicios Generales													
Alimentación y Dietas													
Hospitalización													
Medicina	2809	2809	2809	2809	2809	2809	2809	2809	2809	2809	2809	2819	33718
Cirugía	3054	3054	3054	3054	3054	3054	3054	3054	3054	3054	3054	3055	36649
Ginecología	514	514	514	514	514	514	514	514	514	514	514	522	6176
Obstetricia	1521	1521	1521	1521	1521	1521	1521	1521	1521	1521	1521	1531	18262
Pediatría	3773	3773	3773	3773	3773	3773	3773	3773	3773	3773	3773	3774	45277
Neonatología	542	542	542	542	542	542	542	542	542	542	542	553	6515
Otros (Convenios)	341	341	341	341	341	341	341	341	341	341	341	348	4099
Lavandería													
Hospitalización													
Medicina	47831	47831	47831	47831	47831	47831	47831	47831	47831	47831	47831	47835	573976
Cirugía	63817	63817	63817	63817	63817	63817	63817	63817	63817	63817	63817	63819	765806
Ginecología	9924	9924	9924	9924	9924	9924	9924	9924	9924	9924	9924	9931	119095
Obstetricia	27947	27947	27947	27947	27947	27947	27947	27947	27947	27947	27947	27950	335367
Pediatría	21252	21252	21252	21252	21252	21252	21252	21252	21252	21252	21252	21262	255034
Neonatología	7122	7122	7122	7122	7122	7122	7122	7122	7122	7122	7122	7123	85465
Otros (Convenios)	2923	2923	2923	2923	2923	2923	2923	2923	2923	2923	2923	2934	35087
Consulta													
Consulta Médica Especializada	2129	2129	2129	2129	2129	2129	2129	2129	2129	2129	2129	2139	25558
Emergencias													
Emergencias	10973	10973	10973	10973	10973	10973	10973	10973	10973	10973	10973	10982	131685
Mantenimiento Preventivo													
Numero de Orden	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3600
Transporte													
Km Recorridos	26000	26000	26000	26000	26000	26000	26000	26000	26000	26000	26000	26000	312000