



MINISTERIO  
DE SALUD

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

**Santa Ana**

**Plan Operativo Anual 2023**

## 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.....	39
Programación de actividades de gestión para el año 2023.....	42
Valoración de riesgos .....	60
Programación de actividades asistenciales para el año 2023.....	63



## 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 2023:</b>	1 de diciembre de 2022

---

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. En éste momento en El Salvador estamos frente a un incremento de casos y muertes por COVID 19, y al mismo tiempo pasamos por un alza en enfermedades respiratorias, producto de tres tipos de virus simultáneamente: COVID 19, influenza y sincitial respiratorio.

Se modificó la infraestructura para adecuarla a la atención de una enfermedad altamente transmisible por aerosoles y por el aire, se capacitó al personal en las herramientas para evitar el contagio, en el manejo de ventiladores mecánicos, medidas de bioseguridad y seguridad ocupacional. Hoy, los tres virus que nos atacan simultáneamente nos ponen en un escenario que implica, desde la salud ocupacional, valorar las condiciones de flujos de aire al interior de nuestro establecimiento y procurar aquellos que favorezcan el “barrido” de partículas contaminantes de manera natural.

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 re-brotes en los próximos meses y/o años. 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, particularmente priorizando la sistematización desde el ente rector de los procesos como modelo de gestión, y la incorporación de la tecnología a partir particularmente del SIS. 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 los departamentos médicos vinculados con la señora embarazada, el niño recién nacido y los(as) adolescentes. 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 las 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 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. Con respecto a los egresos, a pesar de la dispersión de la distribución de las causas de diagnóstico, la primera razón de egreso en todo el hospital son los relacionados al área materno-infantil, seguido muy de cerca por los diagnósticos de causa infecto-contagiosa.

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.

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 y aún 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.

El tema de cubrir la brecha de recursos médicos y de enfermería, pasa por evidenciar en el entorno la disparidad dentro del sistema de salud respecto a la oferta laboral entre las diferentes instituciones, que genera un desbalance que en el futuro cercano inclinará la balanza en sentido negativo para el sector público de salud hospitalaria.

Por otro lado, todo apunta un año con dificultades para la disponibilidad de recursos financieros (la pandemia del COVID, la guerra en ucrania, los problemas de movilización de materias primas, los efectos de las nuevas condiciones climatológicas, entre otros) que, en el marco de la incorporación de la historia clínica digital y la infraestructura tecnológica necesaria, nos establece retos para la sostenibilidad de la estrategia.

Además, el MINSAL ha apostado por la implementación de procesos homologados para todos los hospitales, que en su desarrollo establece las necesidades y/o requerimientos de entrada para el desarrollo de sus actividades, evidenciando las carencias históricas y la efectividad y eficiencia de los modelos de gestión implementados en los hospitales.

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.

## ANÁLISIS DE LA DEMANDA

### Características de la Población

La proyección poblacional para el año 2023 en la región occidental ha sido determinado por DIGESTYC: 1,431,001 personas.

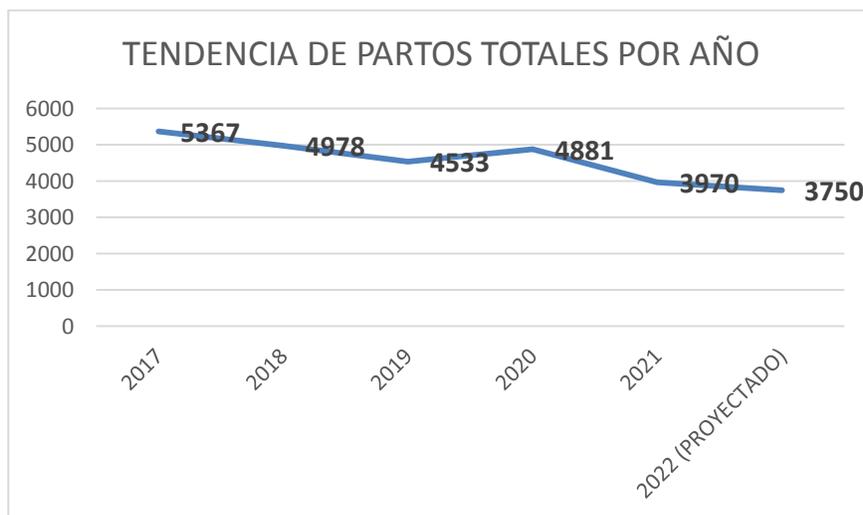
De igual manera, para el departamento de Santa Ana DIGESTIC ha proyectado para el año 2023: 560,508 personas. Representando el 39% del total de la población en la región occidental, siendo su distribución porcentual en grupos etarios : menores de 4 años : 8.14%, de 5 -9 años: 8.5%, adolescentes 16.9%, adultos: 53% y adultos mayores: 13.5%. De éste último grupo, el 18.9% corresponde a población mayor de 80 años.

El Hospital es 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.

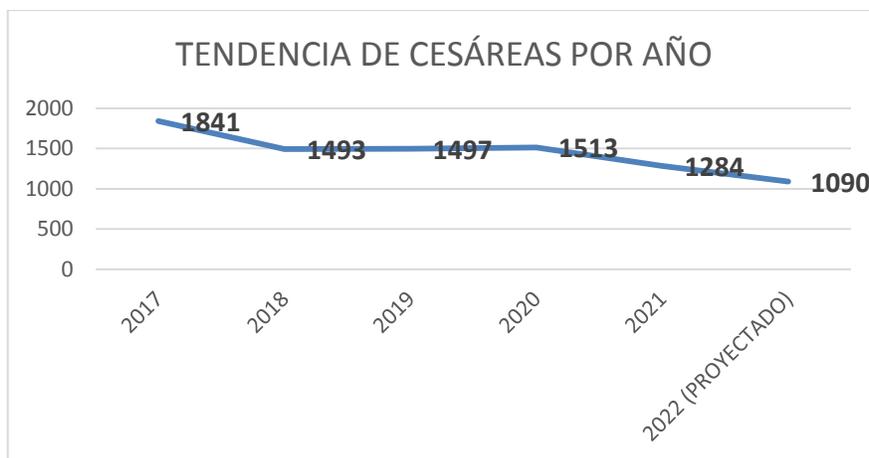
Es importante mencionar que el municipio de Santa Ana y Ahuachapán se encuentran clasificados entre los primeros 10 municipios de mayor población en El Salvador.

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 desde el 2017 hasta el 2022, se observa una evidente tendencia al descenso, al igual que las cesáreas por año:



## ANÁLISIS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD ENERO A SEPTIEMBRE DEL 2022

Para el año 2023, aún se mantiene la Emergencia General en re-adequación de su infraestructura y la construcción de la Emergencia Pediátrica, lo que hace que la Emergencia General ocupe 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 quirófanos reducida.

El comportamiento de la demanda, de acuerdo al tipo de atención en los servicios ambulatorios (basado en la CIE 10) y clasificado en orden descendente se presenta de la siguiente manera: Hipertensión esencial (primaria) se identifica como la primera causa de atención ambulatoria (6.4%), seguida en orden descendente por Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicaciones (6.2%), Epilepsia (3.5%), Síndrome de infección aguda debida a VIH (2.9%), Hipotiroidismo no especificado (2.6%), Obesidad no especificada (2.2%), Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares (1.8%), Otros estados post quirúrgicos especificados (1.8%), Trastornos de adaptación (1.7%), Reacción al estrés agudo (1.5%). 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 y al año 2021, ya que las primeras 10 causas concentran el 30.6% de las morbilidades. El resto, individualmente acumulan porcentajes menores al 1.5%. En los últimos cuatro años se venía observando 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%, para el 2021 fue de 46%, y para el 2022 se presenta una caída hasta el 30.6%. Cabe mencionar que la carga de atención en el sexo femenino para el 2022 se mantiene en valores similares a los años anteriores, 67.4%.

En la Emergencia, la primera causa de morbilidad en orden descendente fue para el 2022: Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos especificados (4.3%),

traumatismo intracraneal no especificado (3.8%), Contracciones primarias inadecuadas (2.9%), Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen (2.4%), Infección de vías urinarias, sitio no especificado (2.3%), Traumatismos múltiples, no especificados (2%), Dificultades y mala administración de la alimentación (1.9%), Otros dolores abdominales y los no especificados (1.7%), Estado asmático (1.6%), y Abdomen agudo (1.6%). En la emergencia las primeras 10 causas concentran el 24.7% de todas las morbilidades. El resto de morbilidades están dispersas en y por debajo de 1.6%.

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 (10.2%) y el Parto por cesárea (6%); seguido en orden descendente por: Infección de vías urinarias, sitio no especificado (2.6%), Apendicitis aguda, no especificada (2.6%), Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (2.5%), Supervisión de embarazo normal no especificado (2.14%), Feto y recién nacido afectados por afección materna no especificada (2%), Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones circulatorias periféricas (1.4%), Neumonía, no especificada (1.2%), Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis (1.1%).

Para el 2022 las primeras 10 causas de egreso concentran el 31.8%, el resto de patologías están dispersas entre morbilidades abajo del 1.1% 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. Las primeras 10 causas de egreso representan el 32% de todos los egresos y el 24% de todas las estancias en el período. Dentro de ellas el 64% corresponden a egresos asociados al componente materno-infantil.

Con respecto a la mortalidad, la tasa de la neta es de 6.35, y la bruta es de 6.4. En el caso de la neta, las primeras 10 causas concentran el 32.4% del total de fallecidos; y en el caso de la bruta las primeras 10 causas concentran el 35% del total de fallecidos.

En relación a las causas de mortalidad después de 48 horas, las neumonías ocupan el primer lugar, seguida de las enfermedades del sistema digestivo, principalmente los sangramientos de tubo digestivo superior; luego, las enfermedades del sistema genitourinario, como son las infecciones de vías urinarias complicadas y enfermedad renal crónica; y luego tenemos las enfermedades isquémicas del corazón, principalmente cardiopatías isquémicas.

Grupo de causas	TC	
	Muertes	Egresos
<a href="#">Neumonía (J12-J18)</a>	100	310
<a href="#">Resto de enfermedades del sistema digestivo (K00-K22,K29-K66,K80-K92)</a>	70	868
<a href="#">Resto de enfermedades del sistema genitourinario (N20-N99)</a>	68	636
<a href="#">Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)</a>	29	136
<a href="#">Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L98)</a>	28	256
<a href="#">Enfermedades del hígado (K70-K76)</a>	28	101
<a href="#">COVID-19 (U07)</a>	27	83
<a href="#">Otras enfermedades del corazón (I26-I51)</a>	26	167
<a href="#">Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)</a>	26	118
<a href="#">Insuficiencia renal (N17-N19)</a>	21	785
Demás causas	203	6,390
<b>Totales</b>	<b>626</b>	<b>9,850</b>

En relación a las causas de mortalidad general (bruta) tenemos en primer lugar las enfermedades del sistema digestivo, principalmente los sangramientos de tubo digestivo superior; luego siguen las neumonías, las enfermedades isquémicas del corazón (principalmente infarto agudo de miocardio), y luego las enfermedades del sistema genitourinario (principalmente las infecciones de vías urinarias complicadas y enfermedad renal crónica). Si comparamos con la mortalidad de 48 horas siguen siendo las mismas causas, solo cambia el orden.

Grupo de causas		
	Muertes	Egresos
<a href="#">Resto de enfermedades del sistema digestivo (K00-K22,K29-K66,K80-K92)</a>	143	1,830
<a href="#">Neumonía (J12-J18)</a>	136	361
<a href="#">Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)</a>	94	218
<a href="#">Resto de enfermedades del sistema genitourinario (N20-N99)</a>	82	890
<a href="#">Otras enfermedades del corazón (I26-I51)</a>	53	227
<a href="#">Enfermedades del hígado (K70-K76)</a>	46	132
<a href="#">Insuficiencia renal (N17-N19)</a>	45	940
<a href="#">Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)</a>	36	141
<a href="#">Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J30-J39,J60-J99)</a>	36	143
<a href="#">Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L98)</a>	36	330
<a href="#">Demás causas</a>	382	11,745
<b>Totales</b>	<b>1,089</b>	<b>16,957</b>

## ANÁLISIS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS REGISTRADOS COMO PRIMERA VEZ DE DIAGNOSTICO

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la atención de las principales enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles desde el 2018 al 2022 (enero a septiembre):

### Diabetes Mellitus

Año	Diagnóstico de Primera vez
2018	1326
2019	1188
2020	805
2021	745
2022	789

### Hipertensión Arterial

Año	Diagnóstico de Primera vez
2018	796
2019	680
2020	433
2021	257
2022	228

### Enfermedad Renal Crónica

<b>Año</b>	<b>Diagnóstico de Primera vez</b>
<b>2018</b>	<b>614</b>
<b>2019</b>	<b>651</b>
<b>2020</b>	<b>444</b>
<b>2021</b>	<b>309</b>
<b>2022</b>	<b>266</b>

### Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

<b>Año</b>	<b>Diagnóstico de Primera vez</b>
<b>2018</b>	<b>319</b>
<b>2019</b>	<b>236</b>
<b>2020</b>	<b>87</b>
<b>2021</b>	<b>11</b>
<b>2022</b>	<b>25</b>

### Cáncer

<b>Año</b>	<b>Diagnóstico de Primera vez</b>
<b>2018</b>	<b>462</b>
<b>2019</b>	<b>398</b>
<b>2020</b>	<b>515</b>
<b>2021</b>	<b>153</b>
<b>2022</b>	<b>183</b>

## TIEMPO DE ESPERA DURANTE EL AÑO 2022

	PROMEDIO A LA FECHA
Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Pediatría (horas)	1:86
Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Ginecología (horas)	0.26
Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Obstetricia (horas)	0.17
Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Medicina Interna(horas)	3.82
Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Cirugía General (horas)	2.62
Tiempo promedio (días) de espera para Cirugía General electiva	75
Tiempos de espera para consulta de emergencia (minutos) ROJOS:	10
Tiempos de espera para consulta de emergencia (minutos) AMARILLOS:	30

## ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE METAS DEL PAOH 2022 (enero a septiembre)

Para el cálculo de metas se tomaron en cuenta los lineamientos emanados en el memorándum 2021-6500-211, donde se dieron a conocer los puntos más importantes del Memorándum 2021-6003-1001, de fecha 27-9-2021, donde se daban las metas sugeridas para la programación 2022 de acuerdo con la capacidad potencial, en el marco de la Pandemia COVID-19.

Tomando esto en cuenta se programa:

- Consulta de emergencia al 75%
- Consulta externa al 65%
- Egresos hospitalarios al 70%
- Cirugía de emergencia se mantiene su programación en base al 75%, de acuerdo con la producción obtenida en 2020 y 2021.
- Cirugía electiva y ambulatoria al 70%
- Atención de partos según meta original 2021.

## **ACTIVIDAD HOSPITALARIA:**

### CONSULTA EXTERNA

En cuanto a las Especialidades básicas:

#### Medicina:

129% de productividad en base a lo programado. Esto puede ser explicado por el aumento de la demanda por enfermedades crónicas no Transmisibles, a predominio de las respiratorias crónicas y la diabetes mellitus. De la misma manera, en el caso de las enfermedades transmisibles, se han incrementado las consultas por infecciones respiratorias agudas y casos sospechosos de dengue. Además, la consulta reportada de infectología, que se da en CAI (Clínica de Atención Integral) y la de Cardiología de la mañana, son impartidas por Médicos Internistas capacitados, por lo que su producción migra a Medicina Interna.

#### Cirugía:

Productividad del 206% de productividad en base a lo programado. Este resultado se explica porque en la programación de inicio de año se calcularon metas en base a 6 horas diarias de cirujano, y por el incremento de la demanda, se incorporaron 14 horas cirujano semanales más.

#### Pediatría General:

Productividad de 128% en base a la meta programada para el período. Debido principalmente al aumento de evaluaciones de pacientes de alta hospitalaria y controles de la Unidad de emergencia.

#### Ginecología y Obstetricia:

La productividad global de las dos especialidades fue de 108% en base a metas programadas.

#### Psiquiatría:

La productividad fue del 139% en base a meta programada. Este resultado se explica por el incremento de la demanda de atenciones relacionadas con los problemas de salud mental, entre ellas la depresión y el intento suicida.

En cuanto a las Sub-Especialidades.

#### Sub-Especialidades de Medicina Interna:

##### Cardiología:

La productividad en base a meta fue de 58% (recurso único). Desde el mes de enero el cardiólogo renunció a 2 de las 6 horas que tenía, quedando en consulta externa

solamente con 1 hora para ver pacientes delicados o atender interconsultas enviadas por Internistas, dedicándose más a los procedimientos de ecocardiogramas y monitoreos Holter. A partir del mes de mayo se contrató a un cardiólogo de 4 horas, de las que 2 están asignadas en la consulta externa. En el mes de junio comenzó a incrementarse la consulta, se observará para establecer si se alcanza la meta establecida.

#### Endocrinología y Dermatología

Se mantienen dentro de lo programado.

#### Nefrología:

La productividad en base a meta fue de 208%. Es una subespecialidad que responde a la demanda progresivamente incrementada con sólo 2 nefrólogos. La consulta se programó en base a sus horas destinadas para consulta externa, pero al inicio del año incorporaron la estrategia de fortalecer el seguimiento de los pacientes en DPCA y habilitaron consulta para ellos en el área de nefrología, lo que se refleja en la productividad del 1º semestre del año.

#### Neumología adultos:

La productividad en base a meta fue de 119% (recurso único). Ésta consulta está programada para 2 días a la semana, 2 horas por día, y su producción está calculada para ver 5 pacientes en las 2 horas (10 por semana). Pero la demanda de pacientes que requieren atención es alta, entre ellos los problemas respiratorios que se han incrementado; además, realiza las valoraciones neumológicas, evalúa los pacientes del programa de tuberculosis y los pacientes con secuelas pulmonares por COVID-19.

#### Sub-Especialidades de Cirugía.

#### Maxilofacial:

La productividad en base a meta fue de 260% (recurso único). Se programó su consulta para 2 días a la semana, 1 hora cada día. Debido a la alta demanda de pacientes, voluntariamente ha aumentado la consulta a 4 días a la semana, atendiendo de 6 a 8 pacientes diarios.

#### Neurocirugía:

La productividad en base a meta fue de 169%. Se programó en base a 1 neurocirujano que atiende 6 horas de consulta a la semana. La demanda aumentó y se resolvió programando otro neurocirujano por 4 horas a la semana, por lo que la producción aumentó por encima de la meta programada.

#### Oftalmología:

La productividad en base a meta fue de 157%. Toda la emergencia ocular va a la consulta externa para ser atendida por los oftalmólogos, por lo que se está viendo la consulta al 100% y no al 65% como fue programada. Además, se realizan también las interconsultas a Ginecología y Obstetricia, principalmente a las mujeres con Trastornos Hipertensivos del Embarazo.

#### Ortopedia:

La productividad en base a meta fue de 103%, en el rango de lo esperado.

#### Otorrinolaringología:

La productividad en base a meta fue de 91%, en el rango de lo esperado.

#### Proctología:

La productividad en base a meta fue de 319% (recurso único). Se programó 1 hora a la semana en la consulta externa, es decir 16 pacientes al mes. La alta demanda hace que voluntariamente atiendan más de la consulta programada.

#### Urología:

La productividad en base a meta fue de 118%. A nivel de la zona Occidental solamente hay en hospitales nacionales 3 urólogos, de los que 2 de ellos están en Santa Ana, por lo que ellos reciben toda la demanda de la región. Por lo que a pesar de programarse al 65% su consulta, voluntariamente atienden más pacientes de los citados.

#### Cirugía Vascular:

La productividad en base a meta fue de 129% (recurso único). La demanda ha aumentado por lo que está atendiendo voluntariamente más pacientes en la consulta, entre ellos a los de consultas espontáneas y referencias.

#### Sub especialidades de Pediatría.

##### Neumología Pediátrica:

La productividad en base a meta fue de 24% (recurso único). Se calculó la consulta con 1 recurso al 65% de producción en su meta, con 4 horas semanales. Posteriormente se redujo a 2 horas semanales, como consecuencia su oferta de servicios quedó limitada a los pacientes de difícil manejo y pacientes de UCIP que han tenido ventilación mecánica asistida y la atención de pacientes en hospitalización. Además, evalúa a los pacientes referidos de hospitales periféricos que envían los pediatras por manejos difíciles. Y por último, es el responsable de realizar las Broncoscopias.

Neurología Pediátrica:

La productividad en base a meta fue de 67%

Las demás áreas de subespecialidades de pediatría se encuentran entre el 85 y 92%, que es en los parámetros esperados.

## EMERGENCIAS

Las atenciones de emergencia para el 2022 fueron calculados en base a producciones de dos años previos, y se calculó en base al 75%. No hay que perder de vista que ambos años han sido atípicos, ya que se tuvo la situación de pandemia. El comportamiento para el 2022 tiene una tendencia a la “normalización”, por lo tanto la producción se ve aumentada con respecto a lo programado en todas las especialidades. Incluso, en el global de Ginecología y Obstetricia la productividad ha sido del 101% en base a meta programada.

## OTRAS ATENCIONES DE CONSULTA EXTERNA

En el caso de Nutrición, la productividad fue del 194%. Se calculó la meta en base a un recurso 2 horas diarias y al 65%. A pesar de ello, por la demanda particularmente de pacientes con ECNT, la cobertura de paciente citado ha sido completa para su consulta, a la que se agrega atención de los referidos y demanda espontánea.

El problema con las colposcopias es que no migran los datos de un sistema a otro, no alimenta al SPME. Para Cono Loop se programaron 6 cada mes, y de crioterapia se programaron 12 cada mes.

En el acumulado de servicios de apoyo ii (SEPS), procedimientos de diálisis y hemodiálisis cuando los migra al SPME, los traslada de manera inversa: Los datos de hemodiálisis son los de diálisis peritoneal y viceversa. Por lo que según el sistema, hemodiálisis tuvo una productividad del 89% de la meta programada, y para diálisis peritoneal la productividad fue de 212%. Esto último es en respuesta a incremento de casos de enfermedad renal crónica, en particular en estadio 5.

La consulta de odontología de primera vez tiene una productividad dentro de lo programado (113%), pero la subsecuente es muy probable el reflejo de los temores que surgen de la pandemia por COVID 19 y sus “olas”, que por ser de transmisión por aerosoles, los pacientes no son asiduos a cumplir con sus citas programadas. Además, no hay que perder de vista que La Norma Técnica de Salud Bucal fue reformada en octubre 2021 y presentada al hospital en diciembre 2021, cuando ya se había hecho la programación en base al lineamiento anterior. En esta se disminuye la meta por hora a solamente 2 pacientes.

## HOSPITALIZACIÓN

### Egresos.

La producción de egresos está calculada en base al 75 % de la capacidad potencial de las camas. En términos globales de las especialidades básicas de hospitalización, la productividad en base a meta programada ha sido de 101%, impulsada ésta por los servicios de medicina (145% de productividad) y cirugía (114% de productividad).

En el caso de Medicina Interna ha sido por la incidencia de ingresos por ECNT, a la cabeza la enfermedad renal y la diabetes mellitus.

Cirugía general, así como traumatología (137% de la meta programada), presentan esos resultados producto de los accidentes de tránsito y los traumas múltiples que se han incrementado. Otorrinolaringología no tuvo producción. Los otorrinolaringólogos (sólo son dos) han sido ubicados en la consulta externa, donde se han resuelto la mayoría de problemas de los pacientes. Por lo anterior, no hay especialista asignado a la hospitalización.

Obstetricia presentó una productividad del 91% de lo programado, en el marco de lo esperado. Ginecología presentó productividad baja en relación a la meta programada (72%) por estar su espacio físico ocupado aún por la emergencia general, que redundó en disminución de la disponibilidad de camas. El comportamiento de los partos en general ha tenido una productividad en base a meta programada de 89%, con un 35% de partos vía cesárea.

En cuanto a Pediatría, la productividad reportada en relación a la meta programada de egresos es de 77%, sin olvidar que normalmente se comporta por las diferentes epidemias de manera cíclica al momento de generar ingresos. Neonatos ha cumplido con lo programado (108%).

Cirugía Pediátrica ha aumentado sus cirugías, por lo que la productividad de egresos fue de 148% de la meta programada.

### Cirugía Mayores.

La productividad de las cirugías electivas en general en relación a metas programadas fue de 99.9%, está en correlación a sus metas programadas. La cirugía electiva para hospitalización tuvo una productividad de 97% y la ambulatoria para hospitalización de 112%, todas en el marco de lo esperado.

### Medicina Crítica.

La unidad de emergencia y la máxima urgencia responden a la demanda y no a las metas programadas, razón por la cual su productividad refleja la alta demanda de atenciones que han tenido.

La Unidad de cuidados Intensivos ha tenido una productividad en base a meta programada de 158% para las admisiones.

## **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

### **IMAGENOLOGIA**

#### **Fluoroscopia**

(TDS, colon por enema, PEV, Esofagograma, cistograma, uretrograma, cavograma, fistulografía)

Se obtuvo una productividad del 85% en base a la meta programada. A pesar que en el último trimestre hubo mayor demanda de colangiogramas en cirugía, la producción sigue siendo impactada por la falta de médico radiólogo para intervencionismo con fluoroscopia.

#### **Radiografías**

La productividad en base a la meta programada fue de 121%. La meta se ha calculado en base a datos históricos, pero las producciones del 2022 son mayores que las del 2021 debido a que se ha estado apoyando al Hospital de Metapán y al incremento de radiografías en UTI y UCIP por los nuevos equipos portátiles que tienen desde marzo de éste año.

#### **Ultrasonografías**

Su productividad ha sido de 95% en base a lo programado.

De toda la producción de ultrasonografías, el Departamento de imagenología contribuye con el 34%; el resto es por ginecología y obstetricia, cardiología pediátrica, neonatos y emergencia.

#### **Tomografía Axial Computarizada**

La productividad ha sido de 104% para el período. A pesar de la renuncia de medico radiólogo de 8 horas, se mantiene la producción a expensas de la implementación de tomografía para las 24 horas, considerando que el mayor porcentaje es para trauma y accidente cerebrovascular. Los TAC son leídos por neurocirujano y neurólogo respectivamente.

#### **Mamografías Diagnosticas y para Tamizaje**

Se modificó la meta tomando como base el comportamiento histórico del año 2021, considerando que para este periodo no había medico mastólogo.

Actualmente los médicos ginecólogos no están enviando solicitud de mamografía ni para diagnostica ni para tamizaje en vista de que no se cuenta con la capacidad de entregar estudios con lectura por radiólogo. La productividad en base a las metas ha sido para la diagnóstica: 19%; y para la de tamizaje: 41%.

## ANATOMÍA PATOLÓGICA

### Biopsias de Cuello Uterino

En base a la meta programada, la productividad fue de 73% para el período. Se ha observado una reducción en la demanda de lecturas de parte de los servicios que toman las biopsias. No hay rezago de muestras recibidas, todas han sido leídas oportunamente. El departamento de Anatomía Patológica recibe muestras que provienen de este hospital, de otros hospitales y primer nivel de atención; siendo la relación entre ellas 50:50.

### Biopsias de Mama

La productividad para el período fue de 87% en base a lo programado. Durante el primer trimestre la producción se ve afectada por la ausencia de medico mastólogo, pero ya en el segundo trimestre se contrató un recurso con esta especialidad y se observa un notable incremento

### Biopsias de Otras Partes del Cuerpo

La productividad fue de 105%, en base a la meta planificada.

## OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

### Ecocardiogramas

Reportó una productividad del 83% en base a lo planificado. Al inicio del año se programó en base a la capacidad instalada con la que en ese momento se contaba: 4 ECO cada día (80 ECO por mes). En el curso del primer trimestre al cardiólogo se le asignó 2 horas más para realizar ECO's y lectura de Holter. A partir de esa fecha se modificó la meta a 8 ECO/día (160 por mes). Por un problema de espacio físico para la asignación de actividades para radiólogo y cardiólogo, se traslapan horarios y por ello el cardiólogo solo está realizando un promedio de 6 ECO /día, explicando la razón de sólo producir el 83% de lo programado. El resto del tiempo lo utiliza para lectura de Holter. Se modificará la meta para el próximo año.

### Electrocardiograma

Reportó una productividad en base a lo programado del 148%, influenciado particularmente por la incorporación de electrocardiogramas reportados por la unidad de emergencia.

### Electroencefalograma

Reportó una productividad del 105% en base a lo planificado, manteniéndose dentro del comportamiento esperado.

### Endoscopias

La productividad reportada fue de 37% en base a la programada. Sigue siendo afectada por las implicaciones de los procedimientos y la pandemia del COVID 19.

Holter

Reportó una productividad del 113% en base a lo planificado, manteniéndose dentro del comportamiento esperados.

**FISIOTERAPIA**

Reportó una productividad del 110% en base a lo planificado, manteniéndose dentro del comportamiento esperado.

**FARMACIA**

Recetas Dispensada Consulta Ambulatoria

La productividad fue de 143% en base a lo programado. El incremento responde al aumento de consultas durante el tercer trimestre del año y a la respuesta que se le ha dado a la Farmacia Especializada.

Receta Dispensada para Hospitalización

La productividad fue de 90% en base a lo programado.

**LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE**

**HEMATOLOGIA**

(Hemograma, VES, straut, FSP, gota gruesa, fibrinógeno, TPT, protrombina)

Las producciones en consulta externa están por arriba de lo programado (146%) en relación directa con el aumento de las consultas. A pesar de ello se ha reducido la utilización de exámenes de hematología respecto al 2021: 2021 consumía 0.4 exámenes por consulta, y para el 2022 se ha mantenido entre 0.2 y 0.29.

En Hospitalización reportan 130% de productividad en los primeros 9 meses del año, relacionado directamente con el incremento de egresos e índice de ocupación. Lo que es importante señalar es la tendencia por cada trimestre del año a disminuir el uso de los exámenes de hematología: en el primer trimestre fueron 6 exámenes por egreso, en el segundo fueron 5.8 y en el tercero fueron 5.

En la Emergencia, en consonancia con la hospitalización y el incremento de ingresos, la productividad fue de 150%, pero manteniendo la relación desde el año pasado de 1 examen por atención de emergencia.

**INMUNOLOGIA**

(PCR, prueba de embarazo, sífilis, VIH, tiroideas, antígenos febriles, ASLO)

En base a las metas propuestas, los exámenes de inmunología están por encima de lo planificado, que fue en base a los resultados del 2021.

Es importante destacar que en la consulta externa se mantiene la relación de exámenes por consulta de 0.2 todo el año, al igual que en el 2021.

En los servicios de hospitalización la relación exámenes por egreso fue más alta en el primer trimestre (2) y ha disminuido en los siguientes dos trimestres (1.7).

En la emergencia la relación ha sido entre 0.2 y 0.3 exámenes por atención. Lo que refleja una disminución en relación al 2021, que era de 0.4.

#### BACTERIOLOGIA

(Cultivos, directos, líquidos, hongos.)

Para consulta externa y Hospitalización se conservó la meta de 2021 y se observa que la productividad está por encima de lo programado.

De igual manera, se observa que en la consulta externa hay una consistente disminución de uso de exámenes por consulta (0.04 en promedio) en relación al año anterior (0.4).

Por el contrario, en hospitalización están consumiendo un 35% más por cada egreso en el 2022 que en el 2021, con una estrecha relación con el incremento de ingresos por enfermedades respiratorias inferiores.

Para emergencia se observa que en el primer trimestre el comportamiento del consumo por atención fue igual al 2021 (0.02), pero en los últimos dos trimestres se constató una obvia e importante disminución del consumo de exámenes por atención (0.001 y 0.003 para el segundo y tercer trimestre respectivamente).

#### PARASITOLOGIA

(EGH, PAM, sangre oculta)

La productividad en relación a la meta programada en la hospitalización como en la emergencia es del 98% y 96% respectivamente. En consulta externa se observa de 156%, a pesar que el consumo de los exámenes en los últimos dos trimestres del año se han disminuido a la mitad en relación al año 2021 y el primer trimestre del 2022.

#### BIOQUIMICA

(Colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, ácido úrico, creatinina, Nitrógeno ureico, amilasa, Lipasa, CPKMb, Proteínas séricas, albumina, electrolitos, bilirrubina, ferritina, fosfatasa alcalina, Hb glicosilada.)

Las productividades en las diferentes áreas del hospital están por arriba de la meta programada, particularmente en la consulta externa, probablemente a expensas de las enfermedades crónicas no transmisibles.

El consumo de exámenes por consulta se mantuvo de 1.2 para los dos primeros trimestres, pero en el tercero disminuyó a 1.15. A pesar que se observa que los egresos van en aumento por cada trimestre, el consumo de exámenes de bioquímica por egreso experimentan descenso (21, 19 y 16.8 por cada trimestre respectivamente). De la misma manera, las atenciones en emergencia muestran incremento durante el curso del año, pero el consumo de exámenes por atenciones se ha mantenido estable (entre 2.9 y 3).

#### URIANALISIS

Las productividades en las diferentes áreas del hospital están por arriba de la meta programada, particularmente en la consulta externa y emergencia.

A pesar de ello, en ambas áreas se observa una disminución del consumo de exámenes por consulta o egreso en los últimos dos trimestres del año, y con respecto al año 2021.

2021 (anual)	2022 (por cada trimestre)	
0.05 Exámenes por consulta 0.4 Exámenes por egreso	1°	0.05 Exámenes por consulta 0.4 Exámenes por egreso
	2°	0.04 Exámenes por consulta 0.3 Exámenes por egreso
	3°	0.04 Exámenes por consulta 0.3 Exámenes por egreso

## BANCO DE SANGRE

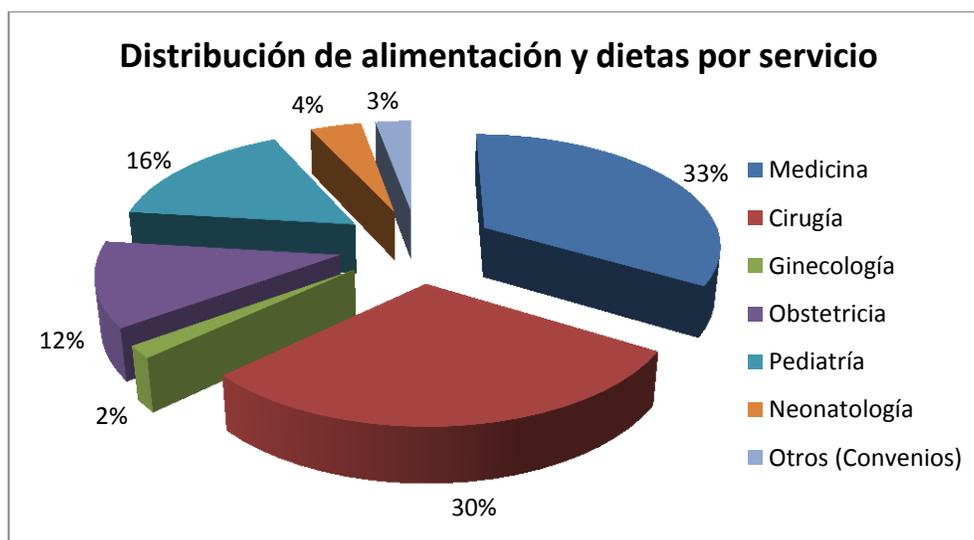
La productividad en base a lo programado es de 95% para hospitalización, que es de donde proviene el mayor consumo de exámenes en banco de sangre, para pacientes transfundidos.

En la Emergencia la productividad fue de 304% de una meta de 648 exámenes para el período, y de 46% para la consulta externa de una meta de 1206 exámenes.

## SERVICIOS GENERALES

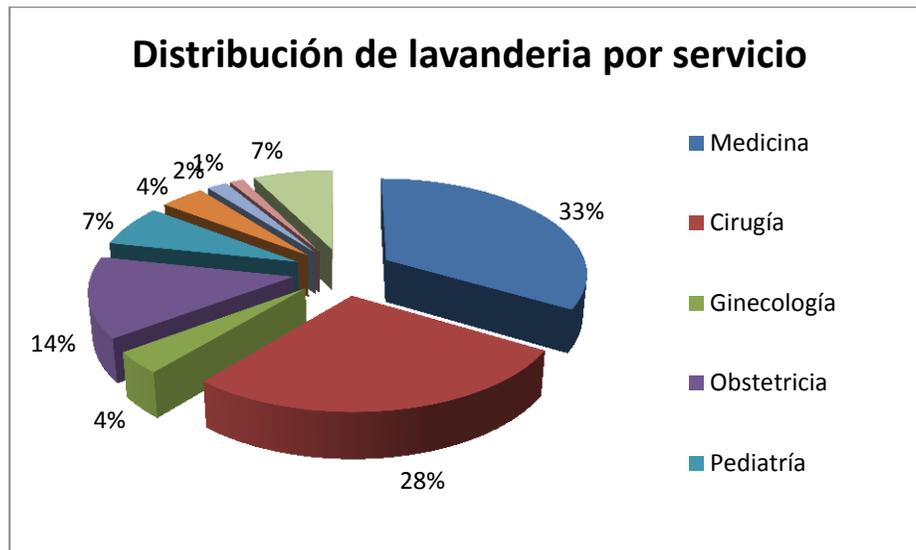
Alimentación y Dietas.

En la distribución de alimentación y Dietas los servicios que más representación tiene en la productividad son los de Medicina Interna y Cirugía, donde ambos consumen el 63% de las dietas. Respecto a la productividad en base a meta programada, en términos globales, se cumplió con un 76%, que corresponde a la ocupación que han venido teniendo los servicios de hospitalización.



## Lavandería y Ropería.

En la distribución del departamento de lavandería los departamentos más representativos son Medicina interna y Cirugía, que entre ambos consumen el 61% de toda la ropa lavada y secada. Respecto a la productividad en base a meta programada, en términos globales se observa dentro lo esperado, se cumplió con un 100.3%.



## Mantenimiento

Se alcanzó el 99% de productividad en base a la meta programada para el período.

## Transporte

Se alcanzó el 110% de productividad en base a la meta programada para el período.

Resultado del incremento de la demanda por pacientes trasladados.

## DEFINICIÓN DE LA OFERTA DE SALUD

# ORGANIGRAMA



## CAPACIDAD INSTALADA PROYECTADA PARA EL AÑO 2023

<b>Horas diarias disponibles de consultorio en consulta externa para 2023, Hospital Nacional de Santa Ana.</b>	
<b>Servicios Finales</b>	
<b>Consulta Externa</b>	
<b>CONSULTORIO</b>	<b>Horas diarias disponibles</b>
Consultorio 1	7,0
Consultorio 2	7,0
Consultorio 3	7,0
Consultorio 4	7,0
Consultorio 5	7,0
Consultorio 6	7,0
Consultorio 7	7,0
Consultorio 8	7,0
Consultorio 9	7,0
Consultorio 10	7,0
Consultorio 11	7,0
Consultorio 12	7,0
Consultorio 13	7,0
Consultorio 14	7,0
Consultorio 15	7,0
Consultorio 16	7,0
Consultorio 17	7,0
Consultorio 18	7,0
Consultorio 19	7,0
Consultorio 20	7,0
Consultorio 21	7,0
Consultorio 22	7,0
Consultorio 23	7,0
Consultorio 24	7,0
Consultorio 25	7,0
Consultorio 26	7,0
Consultorio 27	7,0
Consultorio 28 Ginecología y Obstetricia.	7,0
Consultorio 29 Ginecología y Obstetricia.	7,0
Consultorio 30 Ginecología y Obstetricia.	7,0

Consultorio 31 Ginecología y Obstetricia.	7,0
Consultorio 32 Ginecología y Obstetricia.	7,0
Consultorio 33 Ginecología Y Obstetricia.	7,0
Consultorio 34 Ginecología y Obstetricia.	7,0
Consultorio 35 Ginecología y Obstetricia.	7,0
<b>TOTAL HORAS CONSULTORIO DISPONIBLES</b>	<b>245</b>

<b>Horas diarias disponibles de consultorio en emergencia para 2023</b>	
<b>Servicios Finales</b>	
<b>EMERGENCIA</b>	
<b>CONSULTORIO</b>	<b>Horas diarias disponibles</b>
Consultorio 1 Medicina Interna.	24,0
Consultorio 2 Cirugía General.	24,0
Consultorio 3 Pediatría General.	24,0
Consultorio 4 Ginecología Y Obstetricia.	24,0
<b>TOTAL HORAS CONSULTORIO DISPONIBLES</b>	<b>96</b>

<b>Dotación de camas de hospitalización para 2023</b>	
<b>Servicios Finales</b>	
<b>Servicio Hospitalario</b>	
<b>CAMAS CENSABLES</b>	
<b>Servicio Hospitalario Especialidades Básicas</b>	<b>N° camas</b>
Medicina Interna	97
Cirugía	91
Ginecología	10
Gineco-Obstetricia	0
Obstetricia	71
Pediatría	76
<b>TOTAL ESPECIALIDADES BÁSICAS</b>	<b>345</b>
<b>Servicio Hospitalario Sub Especialidad de Medicina Interna</b>	<b>N° camas</b>
Nefrología	20
<b>TOTAL SUB ESPECIALIDAD MEDICINA INTERNA</b>	<b>20</b>
<b>Servicio Hospitalario Sub Especialidad de Cirugía</b>	<b>N° camas</b>
Ortopedia / Traumatología	31
Otorrinolaringología	8

<b>TOTAL SUB ESPECIALIDAD CIRUGÍA</b>	<b>39</b>
<b>Servicio Hospitalario Sub Especialidad de Pediatría</b>	<b>N° camas</b>
Cirugía Pediátrica	10
Neonatología	40
<b>TOTAL SUB ESPECIALIDAD PEDIATRÍA</b>	<b>50</b>
<b>Servicio Hospitalario Sub Especialidad de Ginecología</b>	<b>N° camas</b>
Cirugía Ginecológica	0
Oncología	0
<b>TOTAL SUB ESPECIALIDAD GINECOLOGÍA</b>	<b>0</b>
<b>Servicio Hospitalario Sub Especialidad de Obstetricia</b>	<b>N° camas</b>
Cirugía Obstétrica	0
Patología del Embarazo	0
Puerperio	0
<b>TOTAL SUB ESPECIALIDAD OBSTETRICIA</b>	<b>0</b>
<b>Otros Servicios Hospitalarios</b>	<b>N° camas</b>
Bienestar Magisterial	15
<b>TOTAL OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS</b>	<b>15</b>
<b>TOTAL CAMAS CENSABLES EN HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>469</b>
<b>CAMAS NO CENSABLES</b>	
<b>Áreas de Atención Transitoria o provisional</b>	<b>N° camas</b>
Emergencia (Observación)	14
Trabajo de Partos	9
Terapia dialítica (diálisis peritoneal y hemodiálisis)	39
Recuperación	19
Unidad de cuidados intermedios	0
Unidad de cuidados intensivos	20
<b>TOTAL CAMAS NO CENSABLES</b>	<b>101</b>

**Horas diarias disponibles de Quirófanos para Cirugía Mayor,  
año 2023.**

<b>Concepto</b>	<b>No. total horas diarias disponibles para Cirugía Electiva</b>	<b>No. total horas diarias disponibles para Cirugía Emergencia</b>	
Quirófano 1 Sala Central.	8,00	0,00	
Quirófano 2 Sala Central.	8,00	0,00	
Quirófano 3 Sala Central.	8,00	0,00	
Quirófano 4 Sala Central Emergencia.	0,00	24,00	
Quirófano 5 Sala Central.	8,00	0,00	
Quirófano 7 CMA	8,00	0,00	
Quirófano 8 Ginecología y Obstetricia	0,00	24,00	
Quirófano 11 Emergencia	0	0,00	Deshabilitados al momento por remodelación emergencia
Quirófano 12 Emergencia	0	0,00	
Quirófano 13 Emergencia	0	0,00	
<b>TOTAL</b>	<b>40,00</b>	<b>48,00</b>	

**ESTRUCTURA DEL TALENTO HUMANO PARA DICIEMBRE 2022**

<b>RECURSOS HUMANOS AÑO 2022</b>				
<b>AREAS</b>	<b>LEY DE SALARIOS</b>	<b>CONTRATO GOES</b>	<b>SERVICIOS PROFESIONALES</b>	<b>TOTAL</b>
PROFESIONALES MEDICOS	221	32	3	256
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	211		330
<b>TOTALES</b>	<b>1143</b>	<b>490</b>	<b>3</b>	<b>1636</b>

**MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS**

El listado oficial de medicamentos del Hospital, de acuerdo a su categorización, cuenta con 321 productos farmacéutico. Durante el 2022 el abastecimiento promedio semanal de medicamentos ha rondado el 90%. Entre las principales causas de desabastecimiento reportado por la Dirección de cadena de suministros podemos citar:

Problemas de la logística de transporte de las empresas contratadas, tanto nacionales como extranjeras. Las primeras también reportan dificultad en la adquisición de materias primas para la producción local. Otra situación reportada ha sido la reducción en la producción productos biotecnológicos, los cuales son producidos por laboratorio de primer mundo, este caso afecta principalmente a los medicamentos del grupo 26 utilizados en el tratamiento de cáncer y grupo 29 medicamentos biológicos como albúmina, eritropoyetina, factor VIII, suero antiofídico, etc. Misma situación se ha visto con el surfactante pulmonar. En tal sentido, aunque el desabastecimiento es del 10%, su impacto es alto, pues los productos son vitales y necesarios en tratamientos de medicina crítica. Este año además se ha implementado por la UACI MINSAL la modalidad de compra a través de la bolsa de valores (BOLPROS), en la cual, debido al desconocimiento de las empresas y a los requisitos financieros adicionales que esta instancia solicita, algunos suministrantes se abstuvieron de participar limitando el número de oferentes. Otra situación que afecta directamente al hospital es que este transfiere todo el presupuesto del rubro de medicamentos para compra conjunta y no dispone de fondos para compra de emergencia en caso de desabastecimiento y retrasos en las entregas.

## **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 2023. El equipo facilitador del proceso fue la Unidad de Planificación Institucional.

Durante la elaboración del PAOH 2023 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 2023

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:

FORTALEZAS	ESCALA
Contar con manual de procesos con indicadores y metas establecidos	3
Marco normativo interno fortalecido	3
Organización gestiona con orientación a procesos	3
Contar con un programa de humanización de servicios	3
Fortalecimiento de la UDP con equipos multidisciplinarios	2
Implementación del SIS en la institución	2
Modelo de equipos gestores	2
Sólido proceso de vigilancia epidemiológica y Sistemas de información (SIMMOW Y VIGEPES) actualizados	3
Reconocimiento de las mejores prácticas	3
Compromiso de comités con los objetivos institucionales	3
Fortalecimiento de las habilidades gerenciales y blandas del equipo gerencial del hospital y algunas jefaturas	3
Fortalecimiento de equipo informático para la gestión clínica	2
Mejora de espacios físicos priorizados, mejora de entornos medioambientales en consulta externa y hospitalización de adultos	2
Alto nivel de abastecimiento de medicamentos e insumos médicos	3
Cuadro de facilitadores para capacitaciones con experiencia, alto nivel y disposición	3

Ampliación de oferta de servicios de salud (espirometría, broncoscopia pediátrica)	2
Banco de técnicas, metodologías y herramientas para mejorar la gestión	2
Incorporación de INFOCA a los procesos de conducción y apoyo a los usuarios en los procesos de atención	2
Ciclo PHVA implementándose en las unidades	2
Profesionalización de personal en áreas críticas	2
Agilización efectiva de la tramitología de exámenes no ofertados	2
Recursos humanos certificados en bioética	2
Implementación del PROA	2
Gestión ambiental orientada a convertirnos en "hospitales verdes"	2
Organización del sistema de calidad hospitalario	3
Incremento de cobertura con especialistas contratados de áreas de servicios de salud priorizados	2
Programa sistematizado de supervisión hospitalario	3
Programa de seguridad de pacientes con herramientas estandarizadas	2
Política de "puertas abiertas" en la alta gerencia del hospital	3
Mejora de las relaciones interpersonales en el equipo gerencial	3
Transparencia en la gestión institucional	3
Equipo de gerencia calificado y certificado	3
Caracterización del cliente interno en el área de comunicaciones	1
Disponer de un manual de comunicaciones	2
Disponer de clima laboral	1
Sentido de pertenencia impulsado por la facilitación de uniformes al personal y carnetización	2
Ordenamiento y actualización de los expedientes del personal y complemento de los procesos de rotación de personal	2
Fortalecimiento de la hostelería hospitalaria	2
Fortalecimiento de la unidad jurídica	2
Distribución efectiva de los recursos de enfermería	3
Fortalecimiento del proceso de asistencia y acompañamiento de los casos de violencia	2
Estrategia de compra de servicios de lectura de radiología	2
Buenos resultados en las supervisiones externa	3
Reducción del índice de medicamentos vencidos	3
Disponer de un espacio físico equipado adecuadamente para la provisión de vacunas a la población	3

<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ESCALA</b>
Marco normativo externo fortalecido	3
Excelentes relaciones interinstitucionales de gobierno con cooperación mutua	2
Apoyo técnico internacional en la detección de enfermedades infecciosas	2
Apoyo de la cooperación externa al hospital	3
Implementación de comité regional transfusional liderado por el hospital	2
Coordinación interinstitucional para la transferencia de insumos y medicamentos	2
Reconocimiento por instituciones externas del trabajo y resultados de los equipos multidisciplinarios	3
Trabajo coordinado con unidad de servicios de apoyo MINSAL	3
Participación del talento humano en el diseño y elaboración de cuerpos normativos del MINSAL	3
Buenas relaciones con las escuelas formadoras	2
Expansión de la gestión del conocimiento a nivel regional	2
Apoyo en la formación de RRHH por el INSALUD	1
Participación del talento humano en diferentes comités del nivel superior del MINSAL	3
Estrategias coordinadas con la farmacia especializada para la dispensación de medicamentos	2

<b>DEBILIDAD</b>	<b>ESCALA</b>
Desactualización de procesos por la implementación del SIS	3
Deserción de especialistas por deficiencias salariales	3
Oferta de servicios del área de apoyo al dx y a la terapéutica no acorde a la demanda	2
Falta de liderazgo y/o compromiso en los niveles intermedios de conducción	3
Desmotivación de los mandos intermedios	3
Falta de convicción y generación de oportunidades por parte de los usuarios internos y externos respecto a los procesos implementados	3
Comunicación inefectiva entre el personal y el usuario	3

Inadecuada utilización de los canales de comunicación por parte de los clientes internos	3
Infraestructura inadecuada e inaccesibles para los usuarios con capacidades especiales	3
Resistencia a los cambios en estrategias del PROA y recetas controladas por el personal médico	2
Obsolescencia de equipos de lavandería, generadores de vapor	3
Baja capacidad de almacenamiento en las instalaciones destinadas para tal fin	3
Deficiencia de ambulancias para cubrir la demanda	3
Falta de disponibilidad para áreas de expansión en casos de desastres	3
Falta de áreas de almacenamiento de documentos	3
Flujos concentrados de entrada de pacientes, vehículos y ambulancias	3
Control interno con oportunidades de mejora	2
Persistencia de recursos humanos trabajando con edad avanzada	2
Incremento de pacientes en condiciones de abandono en la hospitalización	1
Déficit de optimización de espacios físicos para los procesos asistenciales y administrativos	3

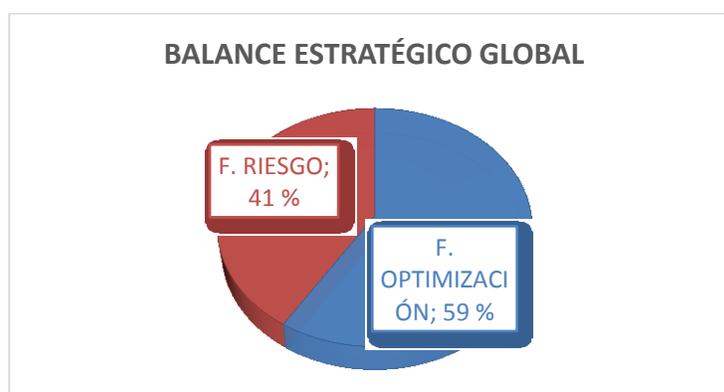
<b>AMENAZAS</b>	<b>ESCALA</b>
Asignación presupuestaria insuficiente	3
Epidemias, desastres, pandemias	3
Inadecuada utilización de las redes sociales por la ciudadanía	3
Deficiencias de abastecimiento desde el nivel central	3
Falta de lineamientos para implementar la depuración oportuna de expedientes clínicos	3
Incremento de la demanda de servicios de los privados(as) libertad, específicamente con enfermedades crónica	2
Incremento de la enfermedad renal crónica en la comunidad	2
Débil aplicación de los lineamientos de referencia y retorno por los establecimientos de salud	3

Débil capacidad instalada en los hospitales periféricos y primer nivel para la atención de pacientes	3
Débil sistema de comunicación entre los establecimientos	3
Consulta tardía de la población por sus problemas de salud, generando que se presenten en condiciones de riesgo	3
Sobrecarga de paciente pediátrico por el ISSS	2
Incremento de bacterias multidrogo-resistentes	3
Bajo nivel de formación académica de pre y post grado	3
Servicio de abastecimiento de energía eléctrica e internet inadecuado e irregular	3

## IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

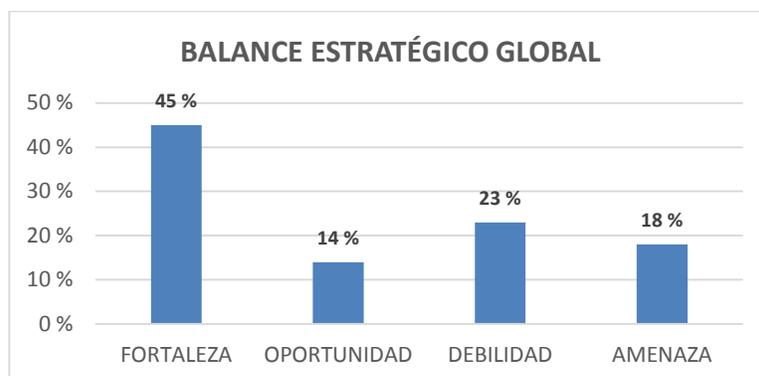
Los factores de riesgo representan el peso porcentual de acuerdo a la escala de la suma de las debilidades y las amenazas, y los factores de oportunidad son la suma de las fortalezas y oportunidades.

El balance estratégico global del Hospital para el 2022 fue el siguiente:



El Balance Estratégico Global refleja una tendencia al equilibrio, con una carga de factores de optimización de 59%. A pesar que el año 2022 sigue siendo parte de la prolongada pandemia que afecta el quehacer hospitalario, las mejoras desde el 2020 presenta una tendencia positiva. 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 mejoren el balance estratégico.

Lo anterior también nos permite valorar que nuestra mayor virtud es el 45% de fortalezas identificadas. Y con respecto a las debilidades, por ser del entorno interno, pueden ser objeto de mejoras porque son vulnerables a nuestras intervenciones.

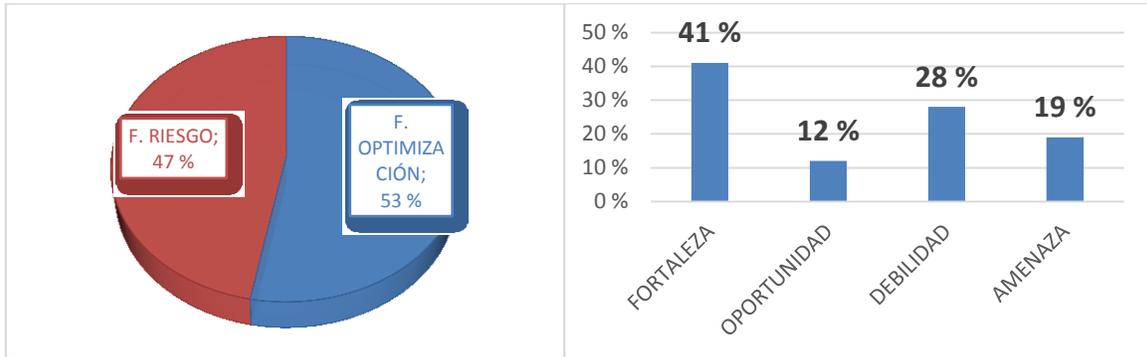


Luego se realizó la identificación de los criterios de análisis, que no son más que factores relevantes para el desempeño del Hospital, en base a las prioridades enmarcadas en la misión, visión y objetivos institucionales. Estos criterios, en el marco de los resultados del balance estratégico, se volverán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

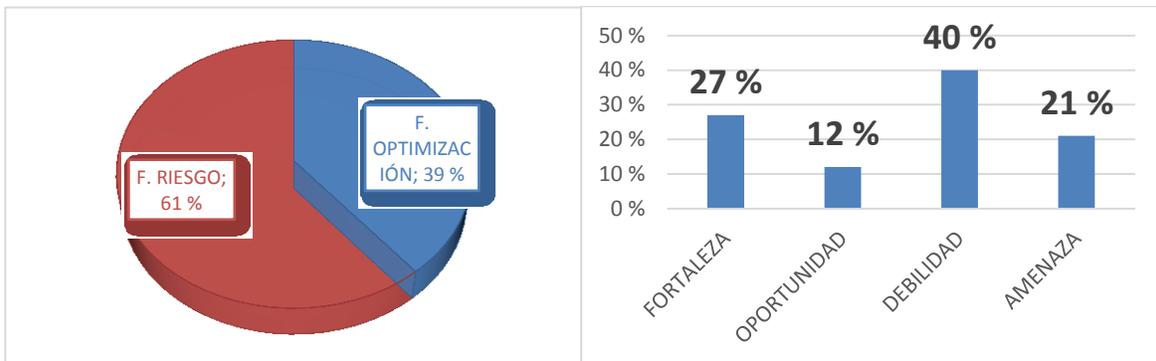
Los resultados en gráficas fueron los siguientes:

## ADMINISTRATIVO-FINANCIERO



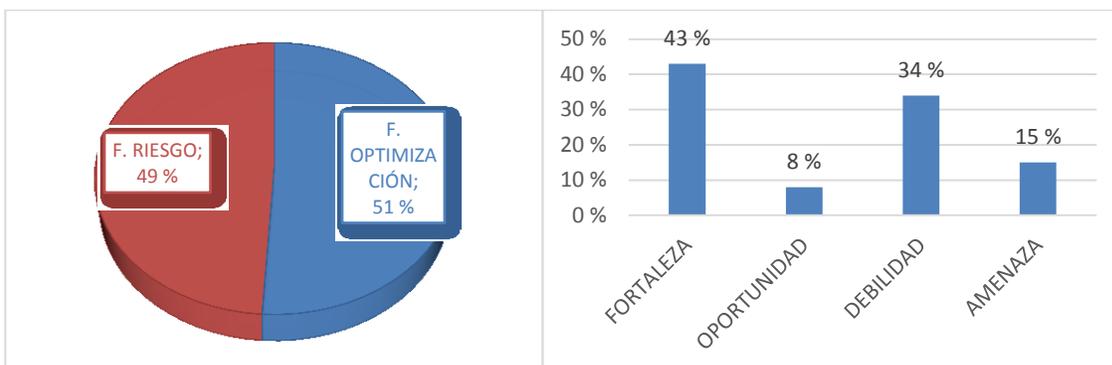
Un balance estratégico a favor de los factores de optimización, con una mejoría respecto a los años anteriores de manera importante, mejorando particularmente en el área de las fortalezas, que por ser factores internos, podemos impulsarlos para dar pie a las estrategias que mejoren aún más el balance global del Hospital.

## SEGURIDAD Y GESTIÓN DE LOS RIESGOS



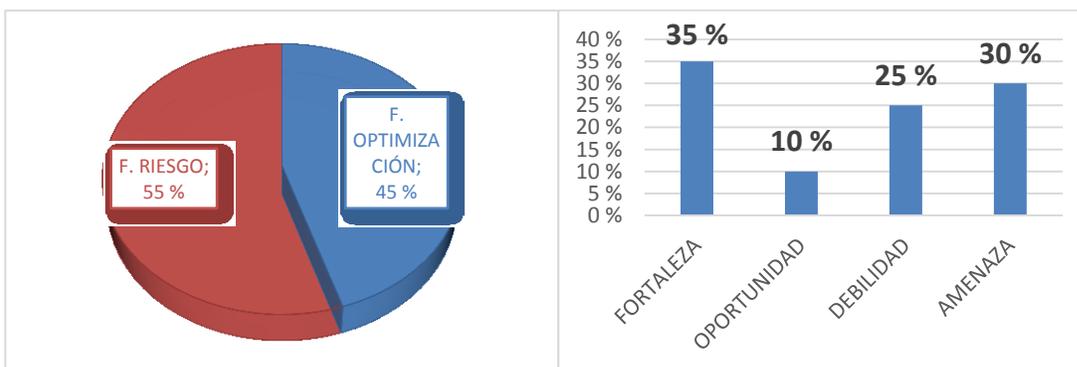
Un balance estratégico siempre a favor de los factores de riesgo, pero para éste año se ha inclinado a darle importancia a las debilidades, que por ser factores internos pueden controlarse y generar una mejora consistente para el próximo año

### INNOVACIÓN EN LA APLICACIÓN DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA



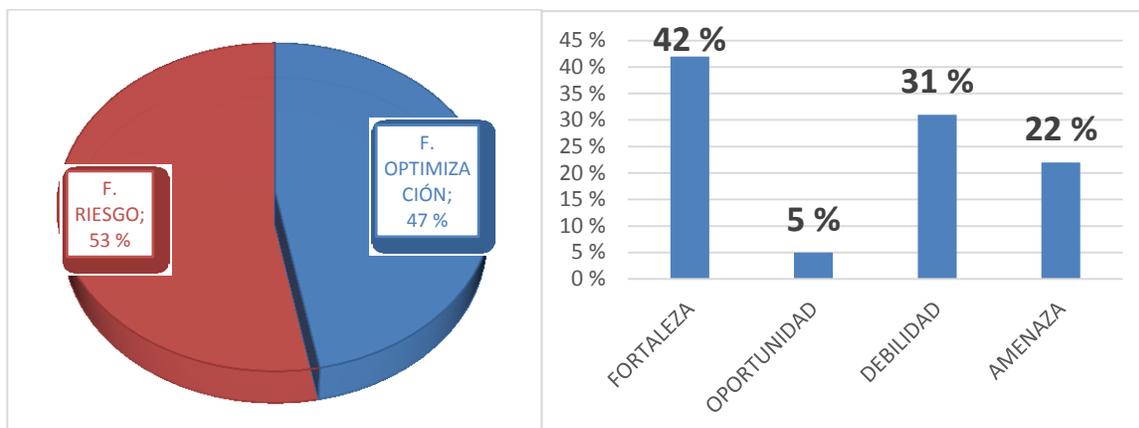
El balance estratégico se inclina a favor de los factores de optimización, impulsado por las fortalezas, las cuales las podemos desarrollar, así como podemos superar las barreras que nos limitan las debilidades. Probablemente las condiciones generadas por la incorporación del SIS y las incertidumbres que genera alrededor de los riesgos y sostenibilidad que hay que superar, es lo que se ha expresado en el balance de éste criterio. 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



El balance es a favor de los factores de riesgo, probablemente por la incertidumbre en el contexto del desarrollo de nuestro modelo de gestión basado en procesos, a partir de la incorporación del SIS, así como de las amenazas que surgen de la sobredemanda por enfermedades crónicas no transmisibles, a la cabeza las enfermedades renales.

## PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SISTEMA DE COMUNICACIÓN DEL HOSPITAL



Aún la percepción respecto a la participación ciudadana refleja un balance estratégico negativo, pero se percibe que el componente de las fortalezas nos puede dar la pauta para corregir el balance respecto a la participación ciudadana y la percepción de la calidad de la comunicación.

## PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Para la formulación del PAOH 2023, 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 para el 2023 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>Priorización de Problemas PAOH 2023</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 resultados esperados o producidos, conduciéndonos a un uso parcialmente óptimo e ineficiente de los mismos	Actualizar e implementar los procesos del Hospital que se prioricen por División, mientras aprueban los del MINSAL
			Control de la PAOH 2023
			Elaboración PAOH 2024
			Seguimiento de la ejecución de los procesos aprobados por el MINSAL
			Control del cumplimiento de la ley nacer con cariño
			Control del cumplimiento de la ley crecer juntos
			Rendición de cuentas del Programa de incentivos no financieros
			Seguimiento del Programa de educación continua del hospital
			Elaborar un trabajo de investigación según lineamientos del INS por cada departamento médico y de enfermería
			Diseño e implementación de la estrategia de control (cada 2 meses) de los datos desde los servicios responsables de la producción
			Seguimiento de la estrategia ESHO
			Estrategia de sistematización y homologación de Kardex en áreas de bodegas
			Desarrollo de Talleres de fortalecimiento de liderazgo y habilidades gerenciales a mandos intermedios
			Seguimiento a los informes de abastecimiento de medicamentos e insumos médicos
			Seguimiento del Programa de Adecuación Ambiental para el 2023
			Seguimiento del Programa de Seguridad Ocupacional
			Informe de resultados del comité de presupuesto institucional
Diseño e implementación del Programa de readecuación de infraestructura/estructura para pacientes con discapacidad en base a capacidad instalada			
Rendición de cuentas de los jefes de división respecto a resultados de PAOH (actividades de gestión y de producción), plan táctico y planes de sus unidades organizativa			
Divulgación del Instructivo para la gestión de archivos en el Hospital y de lineamientos para su aplicación			
Análisis del diagnóstico del sistema de control interno 2023 y de las recomendaciones de auditoría interna			
<b>2</b>	Déficit en la incorporación	Presencia de una cultura	Control de autoevaluaciones de los procesos y aplicación de ciclos PHVA en las unidades dependientes de las Divisiones

	de las estrategias de la Política de Calidad Institucional	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>Informes de evaluación de la implementación de los procesos de las unidades organizativas</p> <p>Control de gestión de quejas</p> <p>Control de seguimiento de recomendaciones de los Comités claves del hospital</p> <p>Seguimiento al cumplimiento e indicadores del Plan de Humanización</p> <p>Evaluación de resultados del modelo de control de cumplimiento de protocolos de actuación por vigilancia del Hospital en las diferentes áreas de atención asistencial</p> <p>Seguimiento al Plan de Mejora resultado de la evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad</p> <p>Control de efectividad y aplicabilidad de la Política de Calidad</p>
3	Limitado desarrollo de la cultura organizacional orientada a la seguridad y la gestión de riesgos	Dificultades para la identificación de los riesgos y por lo tanto, falta de necesidad de gestionarlos	<p>Seguimiento a las actividades de control de la valoración de riesgo del CEG para el 2023</p> <p>Seguimiento al Programa de Seguridad de pacientes por cada componente</p> <p>Seguimiento al Protocolo de prevención de la violencia institucional</p> <p>Seguimiento del Plan (y sus actividades) de Emergencias y Desastres</p> <p>Capacitación a las unidades organizativas del Hospital respecto al Plan de Emergencia y Desastres</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 a los indicadores de la estrategia de equipos integrados e integrales en los departamentos</p> <p>Elaboración de informe del funcionamiento del SIS TRIMESTRAL</p> <p>Seguimiento de la aplicación de Lineamiento de manejo del pie diabético</p> <p>Seguimiento a la estrategia para el manejo oportuno y efectivo de paciente con sospecha de enfermedad oncológica</p> <p>Seguimiento al Programa Integrado del Hospital en favor de la salud mental dirigido al personal</p> <p>Seguimiento y evaluación bajo KPI's establecidos de la Clínica de Riesgo Preconcepcional</p>

			Seguimiento y evaluación bajo KPI`s establecidos de la Clínica de Adolescentes (atención ambulatoria) y criterios para hospitalización de adolescentes
			Seguimiento al Programa Veteranos de Guerra
			Seguimiento al Plan de Vacunación Institucional
5	Insuficiente participación de la ciudadanía y deficiencias del sistema de comunicaciones institucionales	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	Elaborar talleres para fortalecer la comunicación interna entre personal y usuario
			Elaborar informe de mapa de diagnóstico de expresiones de nuestros usuarios, a través de redes sociales
			Identificación de necesidades comunicacionales por unidades organizativas priorizadas
			Elaborar el diagnóstico de la aplicabilidad del Manual de comunicaciones y del estado de satisfacción con la efectividad de la comunicación interna en el hospital
			Elaborar mapa de relaciones de la información priorizada en el hospital y evaluar su efectividad

## PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE GESTIÓN PARA EL AÑO 2023



Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Trimestre 1			Trimestre 2			Trimestre 3			Trimestre 4			Supuestos Externos
				Pro g	Re al	%										
<b>Objetivo 1. Fortalecer el modelo de gestión administrativo-financiero sobre la base de la eficiencia, efectividad, eficacia, oportunidad y transparencia</b>																
Actualizar e implementar los procesos del Hospital que se prioricen por División, mientras aprueban los del MINSAL	% de procesos actualizados en base a los programados	100 %	Jefes de División y UOC	100 %											Acceso oportuno y confiable a información respecto a los procesos que irá aprobando el MINSAL, en tiempo y forma	
Control de la PAOH 2023	% informes presentados a la Dirección en la segunda quincena del mes posterior al trimestre evaluado	100 %	Dirección y Consejo Estratégico de Gestión	25 %			50 %			75 %			100 %		Cumplimiento de actividades de control programadas por el Consejo	

Elaboración PAOH 2024	Documento entregado a la Dirección	1	Dirección y Consejo Estratégico de Gestión									1			Cumplimiento de proceso de planificación y los Lineamientos del MINSAL de manera oportuna
Seguimiento de la ejecución de los procesos aprobados por el MINSAL	% de informes de rendimiento de los procesos aprobados por el MINSAL según lo programado	100 %	Responsables según los procesos aprobados	25 %			25 %			25 %		25 %			Priorización de la gestión de los procesos por los Jefes de División correspondiente
Control del cumplimiento de la ley nacer con cariño	% de informes entregados a la Dirección	100 %	Jefe de División Médica, de Enfermería y de los Dptos involucrados	25 %			50 %			75 %		100 %			Contar con estándares y/o indicadores para evaluar su cumplimiento

Control del cumplimiento de la ley crecer juntos	% de informes entregados a la Dirección	200 %	Jefe de División Médica, de Enfermería y de los Dptos involucrados	25 %			50 %			75 %			100 %		Contar con estándares y/o indicadores para evaluar su cumplimiento
Rendición de cuentas del Programa de incentivos no financieros	% de informes entregados a la Dirección (el informe del 1° trimestre corresponde al consolidado del año 2022)	100 %	Jefe de RRHH	33 %			67 %						100 %		Priorización desde la alta gerencia para el cumplimiento del Programa
Seguimiento del Programa de educación continua del hospital	% de informes entregados a la Dirección	100 %	Jefe UDP	25 %			50 %			75 %			100 %		Priorización desde la alta gerencia para el cumplimiento del Programa

Elaborar un trabajo de investigación según lineamientos del INS por cada departamento médico y división de enfermería	Investigaciones aprobadas por los entes competentes del hospital	6	UDP				6								Coordinación efectiva de los entes competentes del proceso de aprobación
	Trabajos terminados y entregados a la Dirección	6 trabajos terminados y entregados a la Dirección	Jefe de División Médica y de Enfermería, Jefes de Dptos Médicos, con la conducción de la UDP									6			Acompañamiento técnico efectivo de la UDP y la gestión oportuna de la jefatura de división correspondiente
Diseño e implementación de la estrategia de control (cada 2 meses) de los datos desde los servicios responsables de la producción	% de informes de morbimortalidad y producción presentados al Consejo por los Jefes de Dptos, consulta externa y emergencia	100 %	Jefes de Dptos coordinados por la División Médica	17 %			50 %			67 %			100 %		Diseño de la estrategia por los Jefes de División en el mes de Enero

Seguimiento de la Estrategia ESHO	% de informes presentados a la Dirección, incluyendo el estado de cumplimiento de compromisos adquiridos durante las supervisiones	100 %	Sub Dirección Hospitalaria	25 %			50 %			75 %			100 %			Remisión oportuna de informes trimestrales por los coordinadores de equipos
Estrategia de sistematización y homologación de Kardex en áreas de bodegas	% Informes entregados a la Dirección	100 %	Jefe División Administrativa	25 %			50 %			75 %			100 %			Aprobación de los Lineamientos para el uso del formato de Kardex homologado
Diseño e implementación de la Estrategia de control de stock en servicios de hospitalización, diálisis y hemodiálisis, unidades de terapia intensiva y emergencia	% Informes entregados a la Dirección	100 %	División de Enfermería	25 %			50 %			75 %			100 %			Priorización del objetivo de alcanzar stock efectivos y transparentes

Desarrollo de Talleres de fortalecimiento de liderazgo y habilidades gerenciales a mandos intermedios	% de talleres realizados	100 %	UDP (con el apoyo de UOC y planificación)				50 %						100 %			Participación activa de los mandos intermedios
Seguimiento a los informes de abastecimiento de medicamentos e insumos médicos	% Informes entregados a la Dirección	100 %	Asesoría Médica	25 %			50 %			75 %			100 %			Oportunidad y confiabilidad de los datos presentados
Seguimiento del Programa de Adecuación Ambiental para el 2023	% Informes entregados a la Dirección	100 %	División Administrativa	25 %			50 %			75 %			100 %			Funcionamiento efectivo del Comité respectivo
Seguimiento del Programa de Seguridad Ocupacional	% Informes entregados a la Dirección	100 %	División Administrativa	25 %			50 %			75 %			100 %			Funcionamiento efectivo del Comité respectivo
Informe de resultados del comité de presupuesto institucional	% Informes entregados a la Dirección	100 %	Jefe UFI/Jefe UACI	25 %			50 %			75 %			100 %			Funcionamiento efectivo del Comité respectivo

Diseño e implementación del Programa de readecuación de infraestructura/estructura para pacientes con discapacidad en base a capacidad instalada	Documento del Programa elaborado y aprobado por la Dirección	1	Jefe de Unidad de Conservación y Mantenimiento	1													Priorización y disponibilidad financiera para su ejecución
	% de metas cumplidas de las establecidas en el Programa	100 %											100 %				
Rendición de cuentas de los jefes de división respecto a resultados de PAOH (actividades de gestión y de producción), plan táctico y planes de sus unidades organizativa	% de actividades de rendición de cuentas cumplidas	100 %	Jefes de División (4)	25 %			50 %				75 %			100 %			Coordinación efectiva para la ejecución
Divulgación del Instructivo para la gestión de archivos en el Hospital y de lineamientos para su aplicación	Documento de Lineamientos para la aplicación del Instructivo aprobado por la Dirección	1	División Administrativa y Comisión respectiva para la gestión de archivos	1													Asignación de funciones al equipo de trabajo seleccionado

	% de jornadas de divulgación ejecutadas	100%				30 %			60 %			100 %			Establecimiento de áreas prioritizadas para la aplicación del Instructivo
Análisis del diagnóstico del sistema de control interno 2023 y de las recomendaciones de auditoría interna	Acta de reunión del Consejo Estratégico con actividades o estrategias recomendadas a la Dirección para el cumplimiento de las recomendaciones de auditoría (realizadas en el 2022 para aplicarlas en el 2023)	Evidencia física de Acta de Consejo Estratégico	Auditoría interna									1			Cumplimiento del Plan de Trabajo de Auditoría Interna
<b>Objetivo 2. Potenciar las estrategias de la Política de Calidad Institucional, la gestión clínica y los sistemas de información</b>															
Control de autoevaluaciones de los procesos y	% de unidades organizativas	100 %	Jefes de División y jefes de unidades			50 %		50 %				50 %		100 %	Cumplimiento del Manual de Procesos

aplicación de ciclos PHVA en las unidades dependientes de las Divisiones	realizando las autoevaluaciones de sus procesos y dándole seguimiento a sus ciclos PHVA		organizativas													institucional
Evaluación de implementación y efectividad del PROA para la reducción del riesgo de incremento de la resistencia antimicrobiana	% de Informes presentados a la Dirección con sus respectivas recomendaciones	100 %	Coordinador de Comité de Farmacoterapia			50 %		50 %				50 %		100 %		Aplicación del PROA por los servicios médicos
Informes de evaluación de la implementación de los procesos de las unidades organizativas	% de Informes presentados a la Dirección con sus respectivas recomendaciones	100 %	UOC	25 %		25 %	25 %		50 %	25 %		75 %	25 %		100 %	Efectividad en el Plan de trabajo de UOC

Control de gestión de quejas	% de Informes presentados a la Dirección con sus respectivas recomendaciones	100 %	Jefatura de ODS	25 %		25 %	25 %		50 %	25 %		75 %	25 %		100 %	Efectividad en el Plan de trabajo de ODS
Control de seguimiento de recomendaciones de los Comités claves del hospital	% de Informes presentados a la Dirección con sus respectivas recomendaciones	100 %	UOC				50 %						50 %			Mecanismo de comunicación efectiva respecto a las recomendaciones de los Comités
Seguimiento al cumplimiento e indicadores del Plan de Humanización	% de Informes presentados a la Dirección con sus respectivas recomendaciones	100 %	Comité Institucional de Humanización				50 %		50 %				50 %		100 %	Compromiso de la Alta Gerencia con el proceso de humanización de los servicios

Evaluación de resultados del modelo de control de cumplimiento de protocolos de actuación por vigilancia del Hospital en las diferentes áreas de atención asistencial	% de Informes presentados a la Dirección con sus respectivas recomendaciones	100 %	Jefatura de Servicios Generales y de Vigilantes				50 %						50 %			Divulgación efectiva de los protocolos de actuación a todas las partes interesadas
Seguimiento al Plan de Mejora resultado de la evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	% de informes presentados a la Dirección	100 %	UOC				50%						50%			Sistematización del proceso de evaluación de la Carta por la Alta Gerencia del Hospital
Control de efectividad y aplicabilidad de la Política de Calidad	Informe presentado a la Dirección con sus respectivas recomendaciones	1	UOC							1						Establecer la Política de Calidad como la columna vertebral de la gerencia del Hospital
<b>Objetivo 3. Fortalecer la cultura organizacional orientada a la seguridad y gestión de riesgos</b>																

Seguimiento a las actividades de control de la valoración de riesgo del CEG para el 2023	% de evaluaciones con sus respectivas recomendaciones evidenciados en las Actas del Consejo	100 %	Jefes de División	25 %		25 %	25 %		50 %	25 %		75 %	25 %		100 %	Compromiso con el cumplimiento de las actividades de control
Seguimiento al Programa de Seguridad de pacientes por cada componente	% de Informes presentados a la Dirección con sus respectivas recomendaciones	100 %	UOC y Jefes de División				50 %		50 %				50 %		100 %	Mantener como eje trazador la seguridad del paciente en el modelo de gestión institucional
Seguimiento al Protocolo de prevención de la violencia institucional	% de Informes presentados a la Dirección con sus respectivas recomendaciones	100 %	Unidad Jurídica				50 %		50 %				50 %		100 %	Compromiso manifiesto con la prevención y promoción contra la violencia en todas sus formas
Seguimiento del Plan (y sus actividades) de Emergencias y Desastres	% de Informes presentados a la Dirección con sus respectivas	100 %	Coordinador de Comité				50 %		50 %				50 %		100 %	Compromiso con la gestión del riesgo en eventos de emergencias

	recomendaciones																y desastres
Capacitación a las unidades organizativas del Hospital respecto al Plan de Emergencia y Desastres	% de unidades organizativas capacitadas	100 %		25 %		25 %	25%		50 %	25%		75 %	25 %			100 %	
<b>Objetivo 4. Potenciar la innovación y los modelos alternativos en la prestación de los servicios</b>																	
Seguimiento a los indicadores de la estrategia de equipos integrados e integrales en los departamentos	% de informes entregados a la Dirección	100 %	División Médica y de enfermería	25 %		25 %	25 %		50 %	25 %		75 %	25 %			100 %	Integración de KPI's al análisis del modelo
Elaboración de informe del funcionamiento del SIS TRIMESTRAL	% de informes entregados a la Dirección	100 %	Comisión del SIS	25 %		25 %	25 %		50 %	25 %		75 %	25 %			100 %	Compromiso con la sostenibilidad y mejora de la incorporación del SIS en el Hospital

Seguimiento de la aplicación de Lineamiento de manejo del pie diabético	% de informes de resultados	100 %	Coordinador del equipo				50 %		50 %				50%		100 %	Integración del equipo multidisciplinario
Seguimiento a la estrategia para el manejo oportuno y efectivo de paciente con sospecha de enfermedad oncológica	% de informes de resultados	100 %	División Médica y jefatura de Consulta Externa				50 %		50 %				50%		100 %	Integración del equipo multidisciplinario
Seguimiento al Programa Integrado del Hospital en favor de la salud mental dirigido al personal	Documento de Actualización del Programa	1	Jefe de Unidad de Salud Mental	1												Establecer la salud mental del personal en el marco de la realidad existente como eje prioritario del equipo de gestión institucional
	% de informes de seguimiento	100 %						50 %		50 %				50%		
Seguimiento y evaluación bajo KPI's establecidos de la Clínica de Riesgo Preconcepcional	% de informes de seguimiento	100 %	Jefe Dpto de Gineco-obtetricia				50 %		50 %				50%		100 %	Compromiso del equipo de Alta gerencia con el cumplimiento

Seguimiento y evaluación bajo KPI's establecidos de la Clínica de Adolescentes (atención ambulatoria) y criterios para hospitalización de adolescentes	% de informes de seguimiento	100 %	División Médica				50 %		50 %				50%		100 %	de la Ley Nacer con Cariño y Crecer Juntos
Seguimiento al Programa Veteranos de Guerra	% de informes de seguimiento	100 %	Coordinador del Programa	25 %		25 %	25%		50 %	25 %		75 %	25 %		100 %	Equipo multidisciplinario comprometido con el Programa
Seguimiento al Plan de Vacunación Institucional	% de actividades cumplidas	100 %	División de enfermería/Referente de vacunas	100 %			100 %			100 %			100 %			Disponibilidad de vacunas
<b>Objetivo 5. Fortalecer la participación ciudadana y el sistema comunicacional interno y externo</b>																
Elaborar talleres para fortalecer la comunicación interna entre personal y usuario	% de talleres realizados	100 %		25 %		25 %	25 %		50 %	25 %		75 %	25 %		100 %	Compromiso de la Alta Gerencia con la mejora de los procesos comunicacionales en el

Elaborar informe de mapa de diagnóstico de expresiones de nuestros usuarios, a través de redes sociales	% Informes entregados a la Dirección	100 %	Unidad de Comunicaciones	25 %		25 %	25 %		50 %	25 %		75 %	25 %		100 %	Hospital	
Identificación de necesidades comunicacionales por unidades organizativas priorizadas	% de unidades organizativas priorizadas con necesidades comunicacionales identificadas	100 %					50 %		50 %					50			100 %
Elaborar el diagnóstico de la aplicabilidad del Manual de comunicaciones y del estado de satisfacción con la efectividad de la comunicación interna en el hospital	Documento del diagnóstico entregado a la Dirección	1												1			1
Elaborar mapa de relaciones de la información priorizada en el hospital y evaluar su efectividad	Documento entregado a la Dirección	1												1			1

## 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	Jefatura Médica y de Enfermería de Consulta Externa,
	Confusión de recetas	2	5	10	Libro de entrega de recetas a pacientes	

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. (Febril, hipotenso, hipertenso, tos, gripe, hiperglicemico, 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 2023**

<b>Servicios Finales</b>	<b>Meta Programada 2023</b>
<b>Consulta Externa Médica</b>	
<b>General</b>	
Medicina General	2,448
<b>Especialidades</b>	
<b>Especialidades Básicas</b>	
Medicina Interna	31,457
Cirugía General	4,896
Pediatría General	3,264
Ginecología	6,528
Obstetricia	12,077
Psiquiatría	4,080
<b>Sub especialidades</b>	
<b>Sub Especialidades de Medicina Interna</b>	
Cardiología	1,632
Dermatología	3,264
Endocrinología	6,528
Nefrología	816
Neumología	326
<b>Sub Especialidades de Cirugía</b>	
Cirugía Plástica	653
Máxilofacial	326
Neurocirugía	1,632
Oftalmología	8,323
Ortopedia	3,264
Otorrinolaringología	2,611
Proctología	326
Urología	2,611
Vascular	326
<b>Sub Especialidades de Pediatría</b>	
Alergología	2,611

Cardiología	1,306
Cirugía Pediátrica	2,122
Neonatología	1,306
Neumología	979
Neurología	4,733
<b>Sub Especialidades de Ginecología</b>	
Clínica de Mamas	2,448
<b>Emergencias</b>	
<b>De Medicina Interna</b>	
Medicina Interna	14,729
<b>De Cirugía</b>	
Cirugía General	14,640
<b>De Pediatría</b>	
Pediatría Gral.	13,030
<b>De Gineco-Obstetricia</b>	
Ginecología	312
Obstetricia	4,467
<b>Otras Atenciones Consulta Externa Médica</b>	
Colposcopia	1,469
Nutrición	816
Planificación Familiar	816
Psicología	5,712
<b>Consulta Externa Odontológica</b>	
Odontológica de primera vez	1,224
Odontológica subsecuente	2,448
<b>Egresos Hospitalarios</b>	
<b>Especialidades Básicas</b>	
Cirugía	3,667
Ginecología	776
Medicina Interna	3,762
Obstetricia	7,343

Pediatría	4,716
<b>Sub Especialidades</b>	
Sub Especialidad de Medicina Interna	
Nefrología	689
Sub Especialidades de Cirugía	
Ortopedia / Traumatología	899
Otorrinolaringología	414
Sub Especialidades de Pediatría	
Cirugía Pediátrica	816
Neonatología	2,482
<b>Otros Egresos</b>	
Bienestar Magisterial	1,258
<b>Partos</b>	
Partos vaginales	2,484
Partos por Cesáreas	1,220
<b>Cirugía Mayor</b>	
Electivas para Hospitalización	1,971
Electivas Ambulatorias	845
De Emergencia para Hospitalización	3,285
<b>Medicina Crítica</b>	
<b>Unidad de Emergencia</b>	
Admisiones	3,938
Transferencias	870
<b>Unidad de Máxima Urgencia</b>	
Admisiones	3,204
Transferencias	2,052
<b>Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios</b>	
Admisiones	972
Transferencias	787

<b>Servicios Intermedios. Diagnostico</b>		<b>Meta Programada 2023</b>
<b>Laboratorio Clínico y Banco de Sangre</b>		
<b>Hematología</b>		
Consulta Externa		38,342
Hospitalización		123,624
Emergencia		40,439
<b>Inmunología</b>		
Consulta Externa		18,252
Hospitalización		30,447
Emergencia		8,874
Referido / Otros		1,564
<b>Bacteriología</b>		
Consulta Externa		106,000
Hospitalización		50,605
Emergencia		898
Referido / Otros		1,608
<b>Parasitología</b>		
Consulta Externa		1,719
Hospitalización		5,687
Emergencia		2,799
<b>Bioquímica</b>		
Consulta Externa		139,335
Hospitalización		353,854
Emergencia		102,129
<b>Banco de Sangre</b>		
Consulta Externa		4,000
Hospitalización		20,874
Emergencia		477
Referido / Otros		7,553
<b>Urianálisis</b>		
Consulta Externa		7,000

Hospitalización	10,500
Emergencia	10,000
<b>Imagenología</b>	
Fluoroscopias	156
Radiografías	57,000
Ultrasonografías	9,000
Tomografía Axial Computarizada	1,920
Mamografías Diagnósticas	756
Mamografías de Tamizaje	504
<b>Anatomía Patológica</b>	
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	52,800
Biopsias Cuello Uterino	1,933
Biopsias Mama	240
Biopsias Otras partes del cuerpo	8,500
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>	
Colposcopias	588
Ecocardiogramas	1,512
Electrocardiogramas	13,596
Electroencefalogramas	13,596
Endoscopias	1,512
Espirometrias	2,016
Pruebas de HOLTER	432
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>	
Cirugía Menor	27,433
Conos Loop	60
Crioterapias	203
Diálisis Peritoneal	8,284
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	252,000
Hemodiálisis	22,284
Inhaloterapias	89,925
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	271,897

Recetas Dispensadas de Hospitalización	480,000
--	---------

<b>Servicios Generales</b>	<b>Meta Programada 2023</b>
<b>Alimentación y Dietas</b>	
<b>Hospitalización</b>	
Medicina	36,454
Cirugía	34,511
Ginecología	3,593
Obstetricia	18,578
Pediatría	30,371
Neonatología	7,347
Otros (Convenios)	3,963
<b>Lavandería</b>	
<b>Hospitalización</b>	
Medicina	733,124
Cirugía	714,829
Ginecología	139,090
Obstetricia	434,192
Pediatría	289,268
Neonatología	123,033
Psiquiatría	0
Otros (Convenios)	51,528
<b>Consulta</b>	
Consulta Médica General	685
Consulta Médica Especializada	35,058
<b>Emergencias</b>	
Emergencias	160,405
<b>Mantenimiento Preventivo</b>	
Números de Orden	3,242
<b>Transporte</b>	
Kilómetros Recorridos	341,105

