



*Hospital Nacional "Santa Gertrudis".
Memoria de Labores Quinquenio
2009-2014*



Índice

| | |
|---|----|
| Introducción..... | v |
| 1. DATOS GENERALES..... | 7 |
| 1.1. Generalidades de la población..... | 7 |
| 1.2. Oferta de servicios..... | 8 |
| 2. MISIÓN..... | 10 |
| 3. VISIÓN..... | 10 |
| CAPITULO 1. REDES DE SERVICIOS DE SALUD..... | 11 |
| 1.1. Redes integradas de salud..... | 12 |
| 1.2. Sistema de Emergencias Médicas..... | 15 |
| 1.3. Medicamentos y Vacunas..... | 16 |
| 1.4. Sistema de referencia y retorno..... | 17 |
| CAPITULO 2. RECURSO HUMANO..... | 18 |
| 2.1. Recurso Humano..... | 19 |
| Capítulo 3. SISTEMAS ÚNICOS DE INFORMACIÓN..... | 25 |
| 3.1. Sistema Único de Información..... | 26 |
| Capítulo 4. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO..... | 27 |
| 4.1. Infraestructura Sanitaria..... | 28 |
| 4.2. Equipamiento..... | 31 |
| Capítulo 5. PRESUPUESTO..... | 35 |
| 5.1. Ejecución del Presupuesto..... | 36 |
| 5.2. Presupuesto Medicamentos..... | 37 |
| 5.3. Presupuesto de Insumo Médico..... | 38 |
| 5.4. Presupuesto de Reactivos de Laboratorio..... | 39 |
| Capítulo 6. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO..... | 40 |
| 6.1. Enfermedades Infectocontagiosas..... | 41 |
| 6.2. Enfermedades de Interés Epidemiológico..... | 43 |
| 6.2.1. CHAGAS..... | 43 |

| | | |
|---|--|----|
| 6.2.2. | TUBERCULOSIS..... | 44 |
| 6.2.3. | VIH-SIDA | 45 |
| 6.2.4. | Enfermedades crónicas no transmisibles..... | 46 |
| Capítulo 7. INDICADORES HOSPITALARIOS | | 48 |
| 7.1. | Indicadores Hospitalarios | 49 |
| 7.1.1. | Porcentaje de Ocupación de Camas por Servicio..... | 49 |
| 7.1.2. | Promedio de Estancia..... | 49 |
| 7.1.3. | Rendimiento de Cama por Servicio | 50 |
| Capítulo 8. PROGRAMA DE CIRUGÍA | | 58 |
| 8.1. | Programa de Cirugía..... | 59 |
| 8.2. | Infecciones asociadas a la Atención Sanitaria..... | 61 |
| Capítulo 9. PIORITARIOS..... | | 63 |
| 9.1. | Programas Prioritarios | 64 |
| 9.1.1. | Diagnóstico y tratamiento cáncer cervicouterino..... | 64 |
| 9.1.2. | Diagnóstico de cáncer mama..... | 65 |
| 9.1.3. | Atención neonatal y perinatal | 66 |
| 9.1.4. | Programa de Atención integral a paciente VIH..... | 67 |
| 9.1.5. | Programa Nacional de Tuberculosis..... | 69 |
| 9.1.6. | Programa de atención a Veteranos de Guerra | 69 |
| 9.1.7. | Proyecto CAFTA (suministro de material de osteosíntesis)..... | 69 |
| 9.2. | Proyectos hospitalarios implementados..... | 71 |
| 9.2.1. | Apertura del área de recuperación post- operatoria en Centro Quirúrgico en año 2011..... | 71 |
| 9.2.2. | Apertura del servicio de cirugía ambulatoria 2011. | 71 |
| 9.2.3. | Implementación de Triage en la Unidad de Emergencia..... | 72 |
| 9.2.5. | Introducción de tecnología informática al funcionamiento hospitalario..... | 73 |
| 9.2.6. | Dotación de equipos tecnológicos especializados para estudios ambulatorios y de hospitalización..... | 76 |
| 9.2.7. | Desarrollo del marco regulatorio institucional..... | 77 |
| 9.2.7.1. | Proyectos de calidad (Unidad Organizativa de la calidad)..... | 78 |
| 9.2.7.2. | Otros proyectos..... | 79 |

9.2.7.3. Proyectos pendientes de realizar.....81

Introducción

Con la llegada del gobierno del cambio en el año 2009, se inició un proceso transformador en las diferentes instancias del Estado, el Ministerio de Salud fue una de las instituciones que se encaminó con prontitud en el proceso del Cambio al impulsar la Política Construyendo la Esperanza en todas sus dependencias; es así como el Hospital Nacional "Santa Gertrudis", uno de los cuatro hospitales que este gobierno finalizó su reconstrucción y equipamiento; fue habilitado en el año 2011, no obstante, los procesos y su flujograma de atención no habían sido definidos en los años previos sino que las actividades se realizaban "por rutina" obligo a plantearse la necesidad de diseñar una reingeniería de los procesos de atención con el objetivo de ofrecer servicios de óptima calidad a la población del área.

En el área de tecnología únicamente se contaba con equipo básico necesario para el diagnóstico de los pacientes, de modo que se realizó una fuerte inversión en equipamiento que permitió innovar y fortalecer en diferentes áreas de atención para diagnosticar y tratar oportunamente a los pacientes de acuerdo a su patología.

En lo relativo a recursos humanos al iniciar gestión, no solo se aumentó el número de personal contratado lo que constituyó una demanda institucional que abrió puertas a oportunidades de empleo para los ciudadanos de San Vicente y otros departamentos. El otro aspecto no menos importante que se abordó fue una programación sistemática de actividades encaminadas a adquirir y potenciar conocimientos, habilidades y destrezas del personal, de igual manera se le dio especial importancia a robustecer el trabajo en equipo y con enfoque de derecho a la salud.

Asimismo, se inició el trabajo en Redes Integradas e Integrales de Salud, uno de los ejes de la Reforma de Salud que ha permitido dar pasos en la dirección de correcta para cumplir con un trabajo integrado de los niveles de atención, que ha permitido en gran medida garantizar el continuo de la atención de los usuarios, aún hay camino que recorrer en esta área por ello

es necesario fortalecer el trabajo de la RIISS y sobre todo estimular el papel de los hospitales dentro de esta.

En lo relativo a los sistemas de información es importante señalar que se ha avanzado sustantivamente, pues gradualmente se vienen mejorando los diagnósticos lo que permite tener mayor claridad del perfil epidemiológico de la zona; esto reviste importancia desde el punto de vista gerencial ya que permite hacer una mejor estimación de necesidades en medicamentos e insumos para la atención de calidad.

Se observan avances importantes en diferentes áreas como la atención directa, servicios de apoyo, servicios generales, pero existe el compromiso de mejorar continuamente la calidad de atención para la población.

1. DATOS GENERALES

1.1. Generalidades de la población

El departamento de San Vicente, pertenece a la Zona Paracentral de la República de El Salvador; limitado al Norte por el Departamento de Cabañas, al Este por el Río Lempa y el departamento de Usulután; al Oeste por el departamento de Cuscatlán y al Sur por el Departamento de La Paz.

Su extensión territorial es de 1,184.02 Km², correspondiendo al área rural 1,179.84 Km² y al área urbana 4.18 Km². Su división política administrativa está conformada por 13 municipios, 113 cantones y 493 caseríos. Por acceso geográfico la población de Mercedes la Ceiba y Jerusalén (ambos de departamento de la Paz) son tomados como parte del área geográfica de influencia del MINSAL.

El Hospital fue categorizado como Hospital Departamental, cuenta con un total de 542 empleados y su capacidad instalada es de 139 camas, en la Consulta Externa se atienden un promedio de 376 pacientes por día, y en la Unidad de Emergencia un promedio de 125 atenciones por día, con egresos de más o menos 10 pacientes, por cada 100 consultas.

El Hospital Nacional Santa Gertrudis atiende la población del departamento de San Vicente, en su mayoría población del área rural con mayor concentración entre las edades de 45 a 49 años, mientras que en el área urbana predomina la población mayor de 60 años a predominio femenino.

1.2. Oferta de servicios

| CONSULTA EXTERNA MEDICA | |
|---|--------------------------------------|
| Medicina General | |
| Especialidades Básicas | Consulta Médica por Sub especialidad |
| Medicina Interna | Cardiología |
| | Neumología |
| Cirugía General | Anestesiología |
| | Ortopedia |
| | Urología |
| Pediatría General | Neonatología |
| | Cirugía Pediátrica |
| Ginecología | |
| Obstetricia | |
| CONSULTA DE EMERGENCIA | |
| Medicina General | Urología |
| Medicina Interna | |
| Cirugía General | |
| Pediatría | |
| Ginecología | |
| Obstetricia | |
| Ortopedia | |
| OTRAS ATENCIONES CONSULTA EXTERNA MÉDICA | |
| Bienestar Magisterial | Psicología |
| Clínica de Cesación de Tabaco | Selección |
| Clínica de Ulceras | Odontología primera vez |
| Colposcopia | Odontología subsecuente |
| Nutrición | |
| Planificación Familiar | |

Servicios intermedios. Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación.

| IMAGENOLOGÍA | TRATAMIENTO Y REHABILITACION |
|--|-------------------------------------|
| Radiografía | Cirugía menor |
| Fluoroscopia | |
| Ultrasonografía | Conos Loop |
| Mamografía Diagnóstica | Crioterapia |
| Mamografía de Tamizaje | Fisioterapia |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | Inhaloterapia |
| Citologías Cérvico vaginales leídas | TRABAJO SOCIAL |
| Biopsias de cuello uterino | Casos atendidos. |
| Biopsias mama | |
| Biopsias de otras partes del cuerpo | |
| OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS | |
| Colposcopias | |
| Electrocardiogramas | |
| Espirometría | |
| Pruebas de esfuerzo | |

| SERVICIOS INTERMEDIOS- LABORATORIO CLINICO Y BANCO DE SANGRE | |
|---|-----------------|
| Hematología | Urianálisis |
| Inmunología | Bioquímica |
| Bacteriología | Banco de Sangre |
| Parasitología | |

2. MISIÓN

Trabajamos en una nueva infraestructura moderna, equipo de alta tecnología, personal especializado que brinda atención en las cuatro áreas básicas y algunas especialidades a fin de contribuir a mejorar la salud de la población de San Vicente.

3. VISIÓN

Ser un hospital con personal comprometido con la mejora continua de la calidad y una cultura organizacional de excelencia, de manera que provea servicios de salud a la población de manera oportuna, eficiente y que sea reconocido por la comunidad del Departamento de San Vicente.



Capítulo 1.

REDES DE SERVICIOS DE SALUD

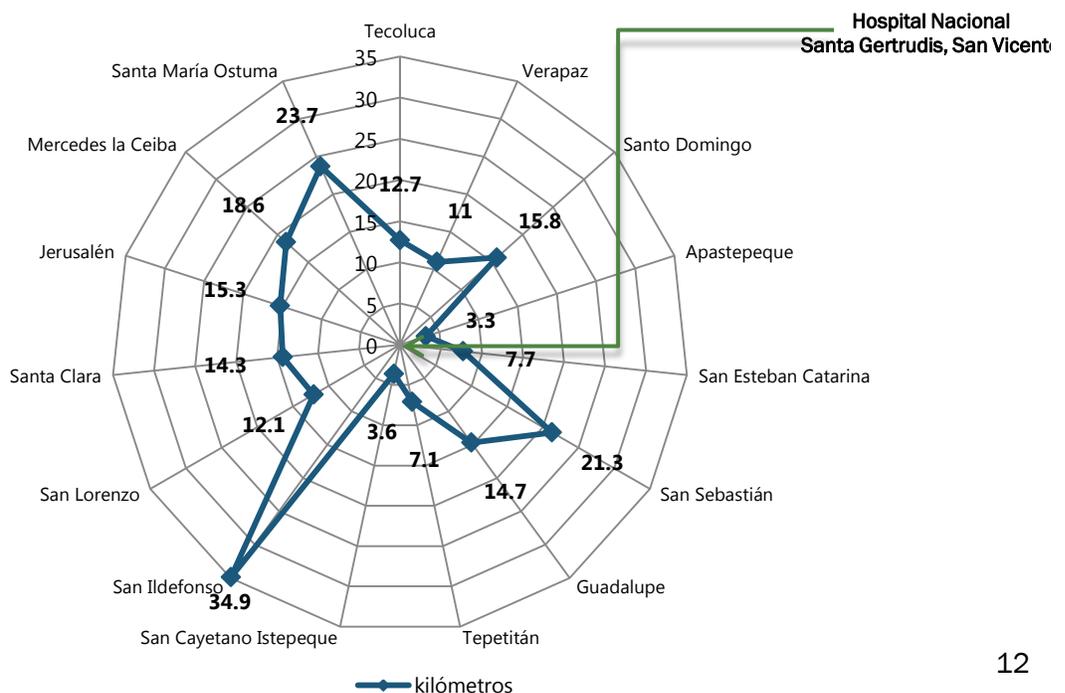


1.1. Redes integradas de salud.

El concepto de trabajo en redes integrales e integradas de salud se inicia en el país en el 2010, como un concepto innovador que tiene como objetivo, hacer una dispensarización de la población que permite identificar los grupos vulnerables y ofrecer servicios de salud especializados en forma oportuno, el hospital con las condiciones adecuadas en infraestructura, recurso humano e insumos necesarios tiene la función de proveer atención de emergencia, hospitalización, servicios quirúrgicos. Previamente no se realizaban coordinaciones sistemáticas para abordar las diferentes situaciones que afectaban el funcionamiento asistencial de los establecimientos de salud del departamento, no abordaba aspectos de coordinación ni análisis de atenciones.

En el departamento de San Vicente es en el año 2012 que se introduce la reforma de salud el hospital participa activamente en la RIISS, se involucra en la coordinación de atenciones en salud entre los dos niveles; se establecen canales de comunicación efectiva bilateralmente y se desarrollan reuniones periódicas de trabajo con el objeto de mejorar continuamente la atención sanitaria a la población que solicita los servicios de salud y para fortalecer los intercambios de experiencias entre ambos niveles de atención.

Distancia de los municipios de San Vicente al Hospital Nacional Santa Gertrudis (Km)



Este cuadro muestra el nivel de intervención con la Reforma en el Departamento.

RIISS San Vicente, UCSF

| Micro redes | Municipios que lo integran | UCSF Básica | UCSF Intermedia | UCSF Especializada |
|-------------------------------|--------------------------------------|-------------|-----------------|--------------------|
| Hospital Departamental | Hospital Nacional Santa Gertrudis | | | |
| Micro red San Vicente | Santo Domingo | | 1 | |
| | San Sebastián | | 1 | |
| | San Vicente | 1 | 1 | |
| Micro red Verapaz | Verapaz | 2 | 1 | 1 |
| | Tepetitán | | 1 | |
| | San Cayetano | 1 | 1 | |
| | Guadalupe | | 1 | |
| | Jerusalén | | 1 | |
| | Mercedes La Ceiba | 1 | | |
| Micro red Apastepeque | Apastepeque | 6 | 1 | |
| | San Ildefonso | 2 | 1 | |
| | Santa Clara | 1 | 1 | |
| | san Esteban | 1 | 1 | |
| | San Lorenzo | 1 | 1 | |
| Micro red Tecoluca | Tecoluca | | 1 | |
| | San Nicolás Lempa | 2 | 1 | |
| | San Carlos Lempa | 1 | 1 | |
| | Total | 19 | 16 | 1 |

Entre las actividades realizadas como Red están:
a) reuniones mensuales, b) pasantías de personal de enfermería para reforzar habilidades en cateterización de accesos venosos, cateterismo vesical este aspecto toma importancia debido que el hospital históricamente atendía un promedio 30 pacientes semanales para cambio de sonda trans uretral, algunos con problemas de vejiga neurogénica por daño medular y otros con patología prostática que no son candidatos a prostatectomía (evaluados por urólogo), de manera que reduce el gasto de las personas al desplazarse desde los diferentes municipios hasta el Hospital.



En el área de Centro obstétrico y Consulta Externa se promovió: a) pasantías de adolescentes embarazadas de manera que conozcan el proceso de atención, b) intercambios de especialistas entre ambos niveles de atención, c) coordinación de transporte de pacientes críticos, d) interconsultas, e) coordinación de atenciones médicas en pacientes de riesgo social, f) educación a personal médico y paramédico en temas de interés epidemiológico, detección de riesgo obstétrico, patología crónicas y Enfermedad de Chagas.



1.2. Sistema de Emergencias Médicas

Es una estrategia innovadora la atención de las emergencias médicas a nivel nacional. Particularmente el hospital se incorpora en este esfuerzo iniciando con:

a) Diseño del plan de Emergencias y Desastres del Hospital.



b) En 2011 impulso la capacitación multidisciplinaria del personal en Taller TEAM (Apoyado por Glasswing internacional, con lo que se certificó a 90 recursos hospitalarios), adiestramiento a enfermería en TRIAGE, implementación TRIAGE estructurado, RCP básico impartido por personal de enfermería del país Vasco.



c) Implementación de hoja de Triage en Emergencia.

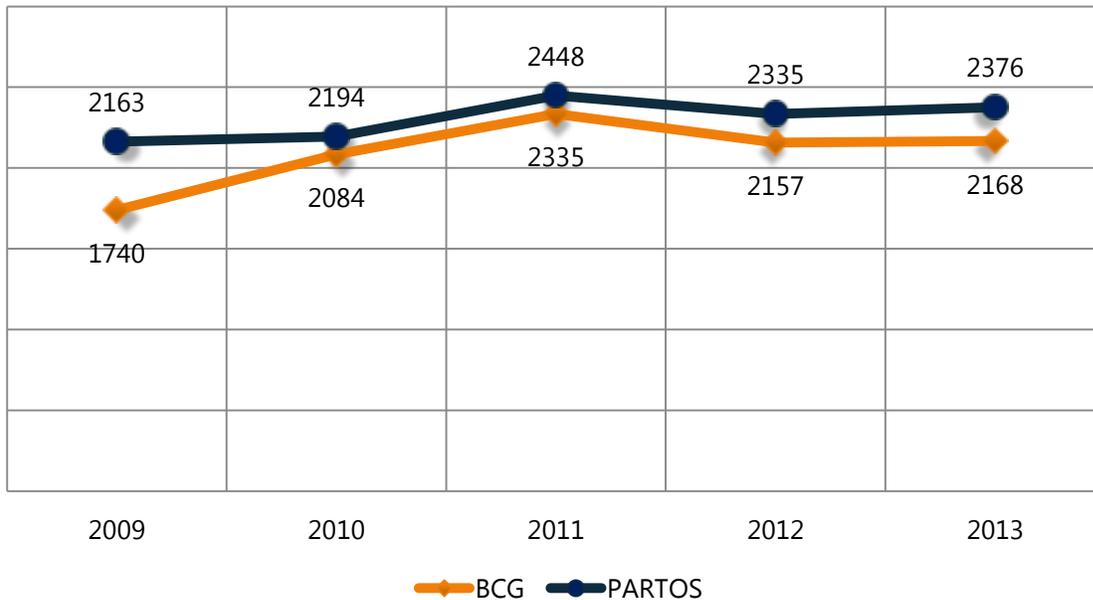
d) Reuniones intersectoriales (Comisión Departamental y municipal de Protección Civil) donde se coordinan actividades ante eventos adversos y se planifican los planes de contingencia para períodos vacacionales, y se realizó un simulacro de desastre en el municipio en el año 2012.

1.3. Medicamentos y Vacunas

Este eje de la reforma tiene como meta mantener la cobertura entre 90% y 95%; En la institución se ha incrementado en un 9 % la atención de partos en el 2013 con respecto al año 2009.

Se observa en la gráfica siguiente que para el año 2009 hubo 2,163 partos y se aplicó 1,740 BCG, que equivale a un 80% de recién nacidos. Esta brecha se ha reducido en el tiempo, de manera que para el año 2013 se alcanzó una cobertura de 91% para BCG; el porcentaje de recién nacidos no vacunados obedece a factores tales como: niños que nacen con patología, prematuridad y bajo peso al nacer hechos que postergan la vacunación, la que se cumple en el primer nivel de atención.

PARTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CON RESPECTO A LA APLICACION DE BCG 2009-2013



1.4. Sistema de referencia y retorno.

Antes del año 2009 se tenía un lineamiento de referencia y retorno, pero únicamente se registraban en fuentes primarias y no se realizaba el análisis de datos, razón por la cual no hay datos confiables de años previos.

En la presente gestión se estableció una normativa de Referencia/retorno como un mecanismo para medir el funcionamiento de la red, estableciendo como eje central el continuo de atención en salud. A nivel hospitalario se creó un sistema informático que permitió

- Registrar de manera efectiva registrar los datos captados y aquellos que no en el SIMMOW a fin de facilitar información oportuna para la toma de decisiones.
- Mejorar la calidad de la información.
- Mantener comunicación y coordinación con los diferentes niveles de atención.

El sistema de referencia y retorno se trabaja en formato de Excel estructurado desde enero de 2012. Por lo que se logra observar la recopilación de datos de referencias recibidas anualmente.

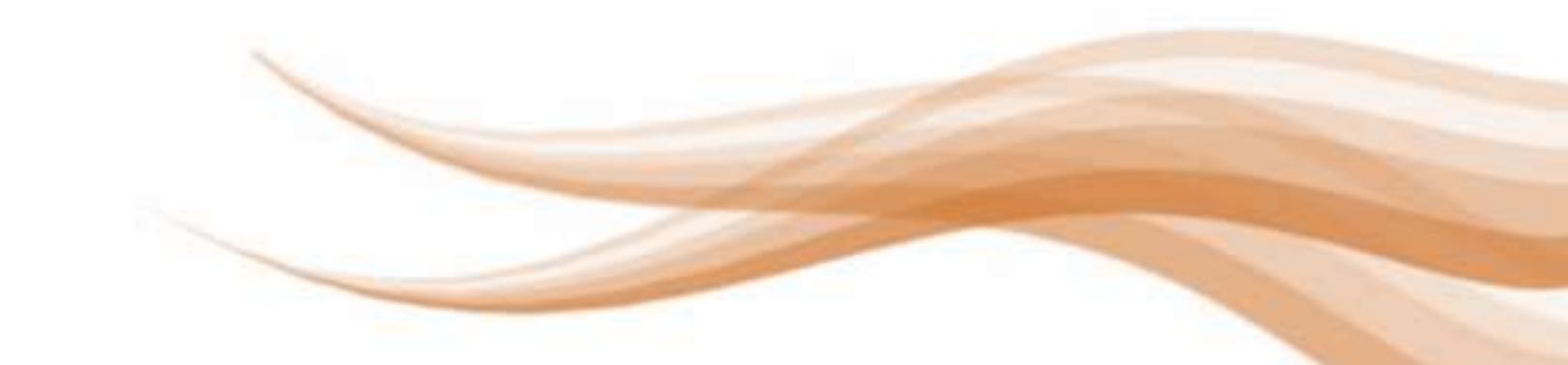
| REFERENCIAS | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| RECIBIDAS | 1,365 | 3,048 | 5,256 | 5,600 | 5,444 |
| RETORNOS | 529 | 1,450 | 3,519 | 3,786 | 4,500 |

En lo que respecta a referencias hacia hospitales especializados, se ha experimentado un incremento en la capacidad de resolución hasta el 98%, de modo que del total de egresos hospitalarios solo se ha referido un 2% hacia esos centros.



Capítulo 2.

RECURSO HUMANO



2.1. Recurso Humano

El eje 8 de la Reforma de Salud: **Desarrollo de los Recursos Humanos**, toma en cuenta como piedra angular del Sistema Nacional Integrado de Salud a todos los trabajadores / as que se han formado técnica y socialmente, contribuyendo así a que otras personas puedan preservar, recuperar o mejorar su salud.

De la interacción entre los usuarios externos e internos dentro del sistema permite acceder al derecho a la salud de todos los ciudadanos.

Además, éste eje vela por las condiciones de seguridad en su trabajo, logrando así preparar recursos aptos para enfrentar cualquier circunstancia de acuerdo al contexto que se presente, sea éste en el ámbito administrativo como operativo en la institución.



Durante este último quinquenio el capital humano ha sido notable en todas las áreas del gobierno, pero en el área de salud ha tenido mayor peso; esto debido a la necesidad de alcanzar un desempeño laboral superior a fin de alcanzar un mejor funcionamiento de los hospitales.



El Hospital ha venido renovándose y actualizándose a raíz de cambios trascendentales destacando la introducción a nuevas tecnologías médicas, la práctica médica ambulatoria y un programa de formación y desarrollo del capital humano.



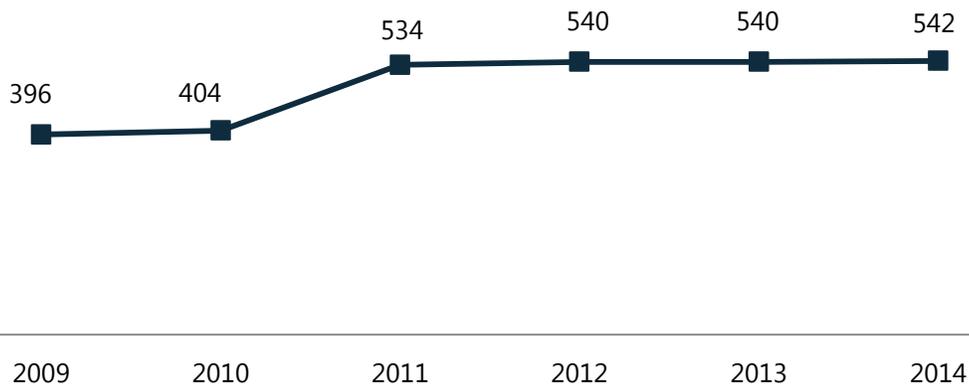
Durante estos años se ha procurado crear una política institucional comprometida con la mejora continua para alcanzar la satisfacción de los pacientes, del personal y de la comunidad en general.

El Hospital Nacional de San Vicente a partir de la inauguración en el año 2011, se fortaleció

con 130 nuevas plazas para el área médica, enfermería, paramédicos, servicios generales y administrativos; este número representa de manera global un incremento del 32.8%.



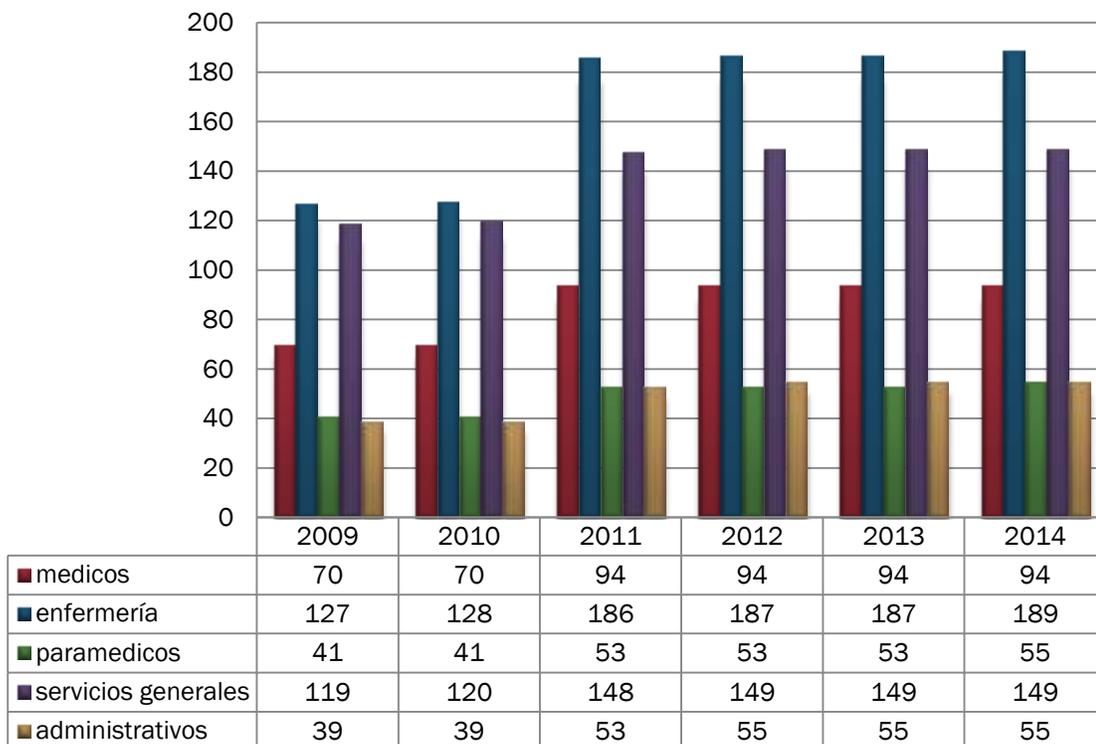
Incremento de Recursos Humanos



La tabla refleja para el año 2011 un incremento del personal en un 34.8% en relación al año 2009, este personal ha sido financiado con fondos GOES, además se observa que en los años siguientes ha experimentado un 1% de incremento en personal destinado al programa de

prevención del cáncer y ha sido financiado con fondos provenientes de la iniciativa de Mujeres Parlamentarias.

Distribución de personal



En relación al distribución del personal los ampliación se visualizan en todas las áreas de manera que en enfermería se incrementa en un 48.8%, en el área médica el 34%; paramédica el 34% en el área administrativa en un 41% y para servicios generales en un 25%.

La cualificación del recurso humano ha permitido elevar la calidad de la atención, dado que en cada una de las especialidades se fortaleció no solo en número sino en horas de atención con especialistas, de manera que en 2009 se disponía de 2200 horas especialistas año y para el año 2014 cierra con 10,350 horas especialista al año.

En esa misma dirección el contar entre la planta de médicos especialistas con médico anesthesiólogo ha permitido realizar dos avances sustantivos que son: a) evaluación integral preoperatoria al 100% de pacientes que lo ameritan, b) se ha atendido la demanda de cirugías de mayor complejidad para la categoría del hospital.

De igual manera se fortaleció y cualificó la atención al asignar horas especialistas tanto para la emergencia general como para la emergencia obstétrica, esta última alcanzó mayor avance tiene cobertura 24 horas.



PROCESOS DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA 2009 – 2014

Los Procesos de Formación y Educación Continua de los recursos humanos es uno de los pilares fundamentales para brindar una atención de calidad. Este cuadro muestra como éste escenario ha avanzado en los últimos 5 años.

| | |
|-------------------------------------|---|
| <p>Año: 2009</p> | <p><i>Uno de los rubros reportados en éste año, es la formación del abordaje médico y paramédico a diversas patologías que se presentaban durante éste año, también comienzan a reforzarse en la formación en el uso de tecnología, el manejo de herramientas que serán útiles para manejo de la computadora, Seguridad e Higiene Ocupacional dentro de las diversas áreas de la institución, Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, La ley de Ética Gubernamental, Trabajo en equipo y la sensibilización al momento de trabajar con personas de los diversos programas que se</i></p> |
| <p>Número de Eventos: 74</p> | |

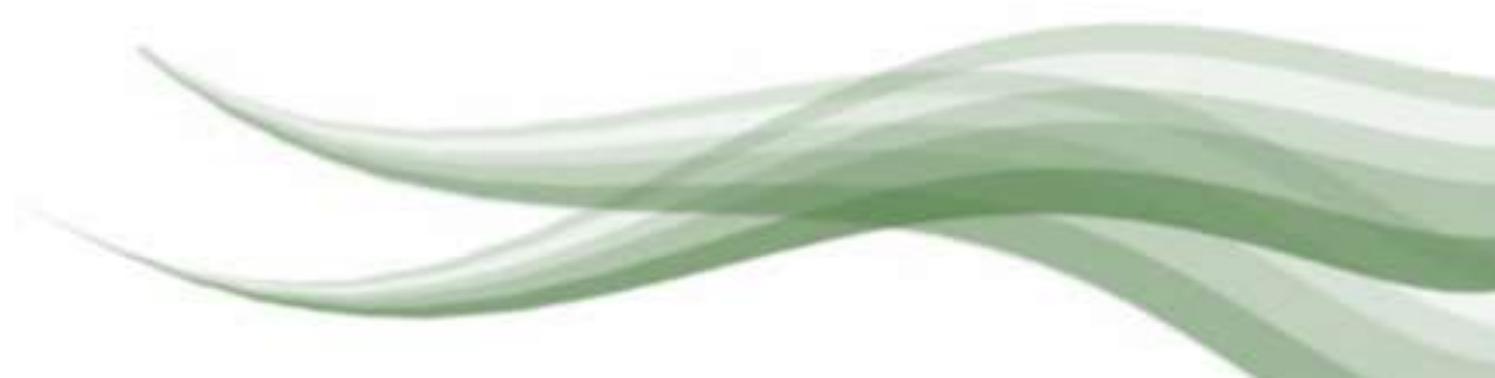
| | |
|-------------------------------|---|
| | <i>atienden en la institución refiriéndonos con ello a VIH, Adultos Mayores, Adolescentes Embarazadas.</i> |
| Año: 2010 | <i>Para el año 2010, se inicia con la formación en el manejo de equipo tecnológico y sistemas informáticos, la formación enfocada a las leyes y normativas que constituyen el marco regulatorio en salud.</i> |
| Número de Eventos: 144 | <i>Fortalecimiento de Programas de Atención a pacientes viviendo con VIH, Salud Mental, Seguridad e Higiene Ocupacional.</i> |
| Año: 2011 | <i>Durante el año 2011 ocurren dos eventos importantes el traslado hacia nuevas instalaciones, acceso a novedosas tecnologías lo que hace necesario incrementar los procesos formativos, actualizar el marco regulatorio legal.</i> |
| Número de Eventos: 254 | <i>El fortalecimiento en las habilidades y competencias en cuanto a la atención y abordaje de las diferentes patologías se refuerza la discusión de casos clínicos, esto ha permitido una mejoría en las habilidades del personal para el abordaje de situaciones críticas.</i> <i>Se fortalece la salud mental dentro de los trabajadores de salud, capacitando a personal multidisciplinario que pueda brindar primeros auxilios psicológicos ante una situación que se presente en cualquiera de las unidades</i> <i>.Se sigue fortaleciendo todos los programas, sensibilizando al personal en el programa de Lactancia Materna, VIH, Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, Seguridad e Higiene Ocupacional.</i> |
| Año: 2012 | <i>En el 2012, con los compromisos adquiridos con la Reforma de Salud. Se monitorea la actividad clínica mediante auditorias de casos interesantes de morbilidad y mortalidad, como método de aprendizaje.</i> |
| Número de Eventos: 222 | <i>En 2012 se da mayor auge a los derechos de la Mujer y de la Niñez y Adolescencia, de manera que se organizan actividades para socializar con el personal las nuevas leyes aprobadas. De igual manera, desde salud mental, se aborda el rubro de violencia, capacitando al personal del hospital con las normas y lineamientos.</i> |

| | |
|---|---|
| | <p><i>Desde nivel central se capacita también en procesos administrativos para mejorarlos.</i></p> <p><i>Se promueve l formación en salud integral con los trabajadores de la institución, generando espacios para la práctica de hábitos saludables que ayudaron a liberar tensión laboral.</i></p> <p><i>La actitud fue abordada con la colaboración de Instituciones como Capacity Project, evidenciado en el trato al usuario.</i></p> <p><i>Se actualizan los conocimientos en higiene y seguridad ocupacional.</i></p> <p><i>Se refuerza los conocimientos en estrategias para la prevención de accidentes laborales y control de infecciones asociadas al cuidado sanitario.</i></p> |
| <p>Año: 2013</p> | <p><i>Siguen fortaleciéndose las capacidades médicas y paramédicas, en cuanto a todos los procesos clínicos que realizan,</i></p> |
| <p>Número de Eventos: 236</p> | <p><i>se refuerza programa de violencia, replicando módulos de atención en las diferentes etapas del ciclo vital.</i></p> <p><i>Además se fortalece el programa de Lactancia Materna, VIH, Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, Seguridad e Higiene Ocupacional.</i></p> <p><i>Se realizan conferencias dirigidas al autocuidado del personal, relacionadas a la prevención de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial, cáncer de cérvix, mama y próstata</i></p> |
| <p>Los temas son escogidos en primer lugar a partir de: a) los problemas epidemiológicos que se presentan con mayor frecuencia en el hospital, b) las necesidades de Capacitación expresadas por el personal de las diferentes áreas, c) la necesidad de socializar programas, nuevas leyes o normativas relacionadas al quehacer en salud.</p> <p>El capital humano ha venido fortaleciendo sus competencias lo que le ha facilitado encontrar espacios de desarrollo profesional dentro de la institución así como fuera de ella. De manera que en cada año más del 25 % de médicos emigra hacia hospitales especializados para continuar su formación.</p> | |



Capítulo 3.

SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN



3.1. Sistema Único de Información

La implementación de SIAP inició en 2011 en esta institución y se completó en el año 2012 como una herramienta administrativa moderna para mejorar el ordenamiento en el área de ESDOMED. Esto se llevó a cabo con la ayuda de jóvenes en horas sociales con el acompañamiento de nuestro personal.



Otro logro fue la apertura del área física en consulta externa y la aplicación del módulo de **citas médicas** en el SIAP; otro módulo habilitado del SIAP es el de farmacia, que ha permitido un mejor control de las recetas despachadas a los usuarios.



Por otra parte los diferentes sistemas que recolectaban información epidemiológica y gerencial han sido articulados en el SIIS, que recopila el SIMMOW, SEPS, VIGEPES, FICHA FAMILIAR, SUMEVE, SILEX; esto permite acceder en forma rápida a la información de interés.



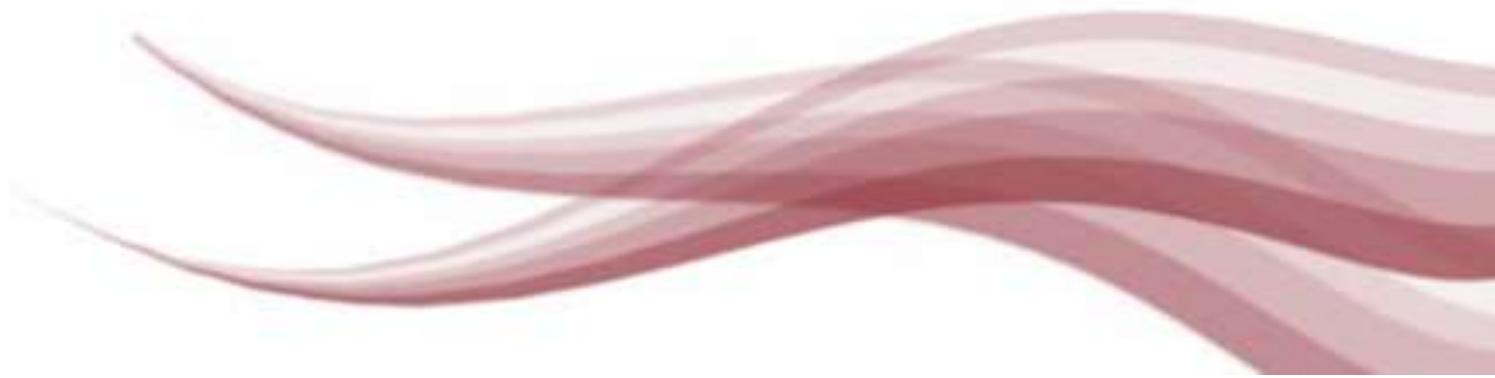
Desde el año 2013 fue habilitado el SILEX para este Hospital lo que permitió registrar la información producto de lesiones de causa externa.

El SINAB es otro de los sistemas de información gerencial que permiten realizar análisis oportunos de las existencias de medicamentos e insumos necesarios para la atención.



Capítulo 4.

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO



4.1. Infraestructura Sanitaria

El Hospital Nacional Santa Gertrudis funcionaba dentro en una infraestructura que había cumplido su vida útil; que con los terremotos del 2001 se deterioró aún más. A partir de este evento se realiza el proyecto de construcción el cual inicia en el año 2007, pero se estanca en 2008.

De manera que hasta el 2010 se trabajaba en área de emergencia no funcional, consulta externa fuera de la planta física hospitalaria, servicios de hospitalización parcialmente dañadas como pediatría, ginecología, maternidad, cirugía general, medicina interna, área de atención de partos y tres quirófanos. A inicios del 2010 se retoma el proyecto por la nuevas autoridades con un 52% de avance de la obra, la que se finaliza en diciembre del mismo año.

Debido a la etapa de transición hacia el nuevo hospital no fue factible, ni pertinente realizar mayores modificaciones en la vieja infraestructura pese a ello se modificaron los accesos físicos para mejorar la atención de pacientes en la unidad de emergencia general, estadística, preparación de alimentos en la cocina y diseño de ruta crítica para el transporte y manejo del material bio-infeccioso a un costo de \$ 10,670.68. mientras se esperaba la apertura de las nuevas instalaciones.

El 10 de Diciembre del año 2010 se inaugura el nuevo hospital "Santa Gertrudis" impulsado por el MINSAL, completando una extensión de 14,555 mts. cuadrados y a un costo total de \$19, 964,113.68, contando desde entonces con instalaciones amplias, confortables y seguras para



los usuarios internos y externos, que cumplen con los estándares hospitalarios y



estructuralmente amigable con el medio ambiente, reduciendo con ello los riesgos laborales y mejorando las condiciones de trabajo del personal hospitalario.

Una ventaja de las nuevas instalaciones es tener separada las consultas de emergencia general y la consulta de atención obstétrica lo que garantiza una atención oportuna y de calidad a las

pacientes embarazadas.

Así mismo cuenta con nuevos ambientes tales como el servicio de neonatos, observación, centro quirúrgico, área para cirugía ambulatoria, servicios de hospitalización, área de consulta externa, oficinas administrativas, servicios generales y un almacén para insumos y medicamentos que permite el resguardo de estos en condiciones adecuadas.



Según la evaluación de índice de seguridad hospitalaria se ha clasificado como categoría A, con un índice de 0.8.



En el período 2011-2012 no se realizaron cambios estructurales pues el hospital cumplía con un año de funcionamiento; sin embargo para mejorar condiciones laborales se invirtió \$ 17,849.16 en las áreas de cocina, lavandería, arsenal, documentos médicos y odontología y se



El área extensa de parqueo permite disponer con un espacio para brindar atención de contingencia en caso de una emergencia o desastre. Con la nueva estructura hospitalaria se dispone de una planta de tratamiento de aguas residuales cumpliendo con la ley de protección al medio ambiente.



A partir del año 2011 se habilitó el laboratorio de patología regional, el cual desde diciembre de 2013 se está ampliando con una inversión de \$110,500.00, esto permitirá el procesamiento del mayor número de biopsias que beneficiaran a la población de la región Para Central con un ahorro anual de gasto de bolsillo estimado de \$ 40,000.00 y permitiéndole a los médicos tener un apoyo diagnóstico para ofrecer los tratamientos adecuados y oportunos. Esta construcción del nuevo laboratorio de anatomía patológica permitirá además la ampliación del laboratorio de citología regional.

4.2. Equipamiento.

En cuanto a equipamiento médico en el año 2010 con un monto de \$ 58,475.85 se introdujo nueva tecnología en el área médica para mejorar la atención directa de pacientes tales como monitores fetales, monitores de signos vitales y unidades de electrocirugía, de igual manera el Gobierno de la República a través del MINSAL se invirtió \$ 3,065,201.36 para proveer al hospital de equipo tecnológico moderno que ha permitido mejorar la calidad en la atención de todos los usuarios, haciendo posible la eliminación del equipo obsoleto, mejorando la calidad y seguridad en la atención tanto para usuarios como para el personal institucional.



En el año 2010 en la adquisición de una ambulancia a un costo de \$67,253.42.

En el año 2010 se adquirió una ambulancia a un costo de \$67,253.42 necesario para el transporte de pacientes hacia centros especializados, debido al deterioro de ambulancias que representaban un riesgo en la seguridad del paciente y del personal.



Se equipó totalmente el departamento de alimentación y dietas invirtiéndose \$ 79,276.41, facilitando la preparación de alimentos para pacientes; lo que permitió contribuir a mejorar las condiciones laborales del personal dado que en el diseño original del hospital no se contaba con este ambiente. Además se dispuso de un área para que los empleados del hospital puedan tomar sus alimentos.



En el período comprendido entre 2011-2012 se invirtió \$ 17,669.00 con fondos GOES, en la recuperación de equipos utilizados en servicios de apoyo diagnóstico tales como tubo emisor de rayos X, procesadora de rayos X, equipo portátil de ultrasonografía que son utilizados para la atención directa de pacientes con un ahorro de bolsillo para la población de \$ 276,000.00.



En el período 2012-2013 se invirtieron \$13,415.20 fondos GOES Y propios en equipamiento para fortalecer el área médica e informática.

A partir del año 2013 con una inversión de \$39,000.00 fondos GOES, se fortaleció la especialidad de Ortopedia con la adquisición de material de osteosíntesis, camas balcánicas y

taladro neumático con ello se dio otro salto de calidad en la atención a la población,

Se recibió equipamiento por un monto de \$95,782.00 fondos provenientes del programa de



Atención a Veteranos de Guerra con equipo quirúrgico de urología, electrocardiógrafo, resectoscopio, equipo de ultrasonografía, set de lentes para optimetría, electrocauterio y microscopio oftalmológico, keratómetro, sillón oftalmológico con lámpara de hendidura.



En el año 2014 se inició la realización de pruebas de esfuerzo y Esperimotría.

Se fortaleció el área de neonatología con dos cunas de calor radiante por un monto de \$25,800.00 provenientes de fondos del préstamo de Banco Mundial.

Con fondos GOES para insumos necesarios para el funcionamiento del sistema CPAP, reduciendo con ello las referencias de neonatos que requieran algún tipo de soporte ventilatorio, con un ahorro promedio estimado a la familia de \$120.00 en gastos de transporte y alimentación por paciente.



Así mismo se invirtió \$9,303.71 proveniente de Fondos GOES para la reparación de equipo de ultrasonografía estacionario, máquinas de anestesia y compra de UPS para protección de cambios de voltaje, reduciendo gasto de bolsillo a la población en aproximadamente \$95,496.00 anual.

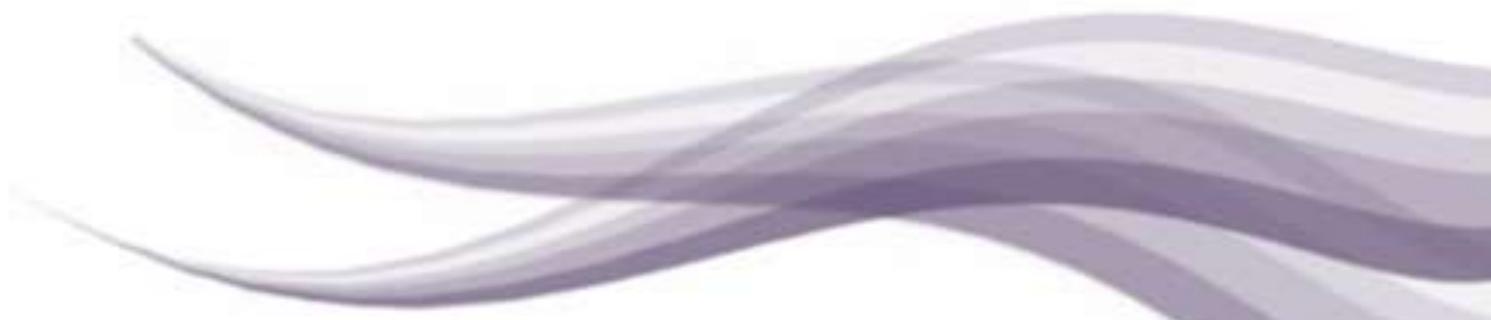


En el período 2013-2014 se invirtieron \$35,773.07 en fortalecer el equipamiento del laboratorio clínico; estantería para el almacén de medicamentos, para el área de resguardo de documentos médicos y se adquirió equipo para mejorar la promoción y educación en salud a la población, adquisición de un sistema de videovigilancia para mejorar las medidas de protección a los empleados y bienes de la institución.



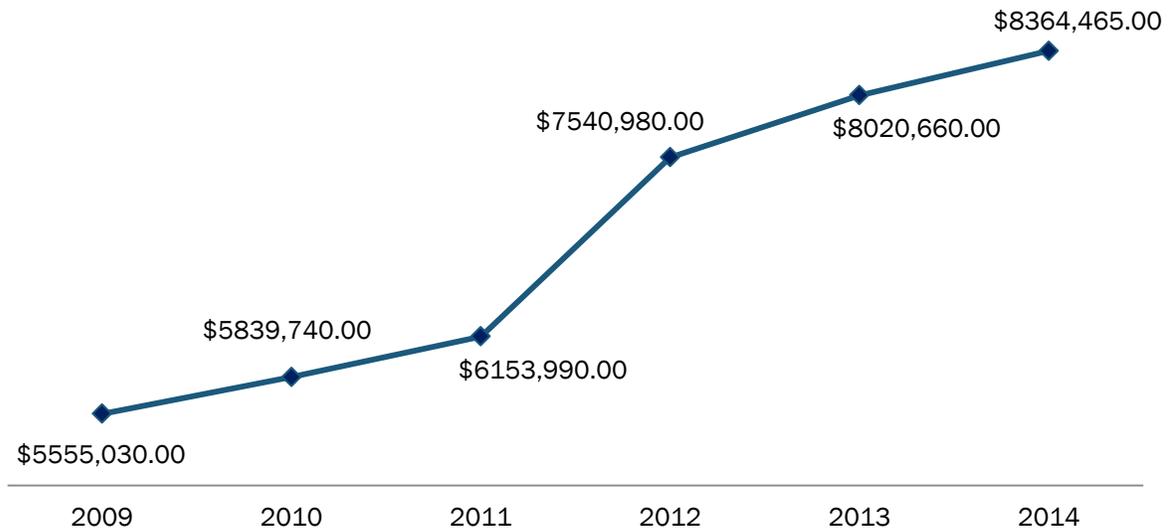


Capítulo 5.
PRESUPUESTO



5.1. Ejecución del Presupuesto

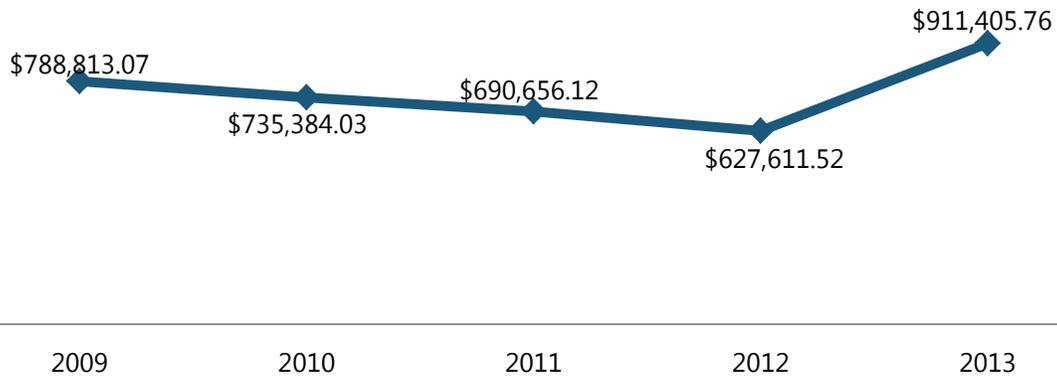
PRESUPUESTO HNSG SAN VICENTE 2009-2014



A partir del año 2009 se visualiza un incremento presupuestario promedio de 8.74% lo que permite atender las necesidades prioritarias de la institución.

5.2. Presupuesto Medicamentos.

EJECUCION DE PRESUPUESTO EN MEDICAMENTOS 2009-2014



Al inicio del quinquenio se observó que no existía un mecanismo regulador que monitoreara sistemáticamente la Compra y consumos de Medicamentos de cada establecimiento de Salud. Esta situación provocó en ocasiones compras excesivas que se reflejaron en existencia por arriba de las necesidades, lo que provocó altos niveles de vencimiento en medicamentos. Por ello como parte del proceso de cambio se creó la Dirección Nacional de Medicamentos lo que permitió hacer una planificación de compra más equilibrada y fundamentada en el listado oficial de medicamentos del Hospital y de acuerdo a las especialidades de las que se dispone en la institución.

5.3. Presupuesto de Insumo Médico.

EJECUCION DE PRESUPUESTO DE INSUMO MEDICO 2009-2014



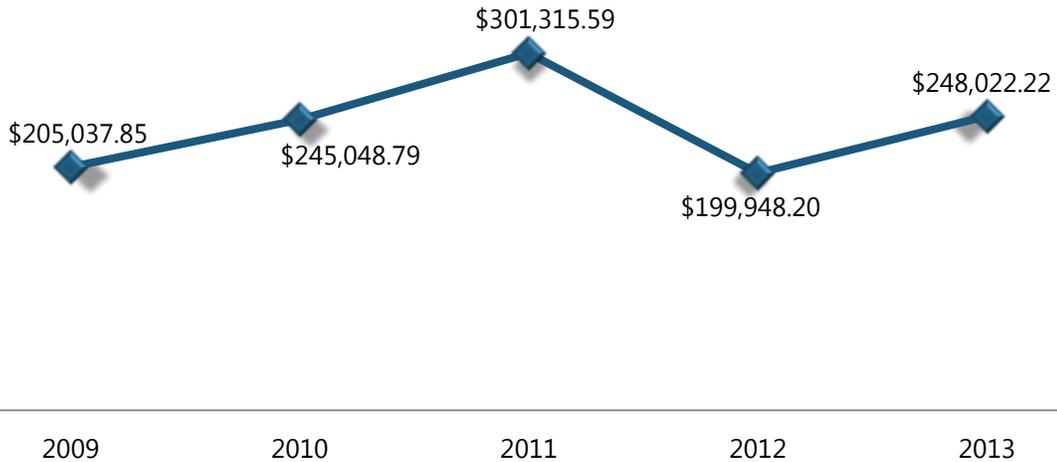
Al igual que la gráfica precedente, se observa una línea de descenso sobre los años 2011 y 2012 lo que obedece a desastres naturales que afectaron el departamento en el año 2010, lo que permitió realizar procesos de compras directas adicionales, logrando un abastecimiento con el que se logró un nivel de abastecimiento adecuado..

Además se creó un mecanismo de control en las entradas y salidas de insumos. De manera que se logró hacer compras de acuerdo a las necesidades reales de la institución.

Durante el último periodo del año 2013 se observa un incremento significativo de este rubro, lo que obedeció a refuerzo presupuestario.

5.4. Presupuesto de Reactivos de Laboratorio

**EJECUCION DE PRESUPUESTO DE REACTIVOS DE LABORATORIO
2009-2013**



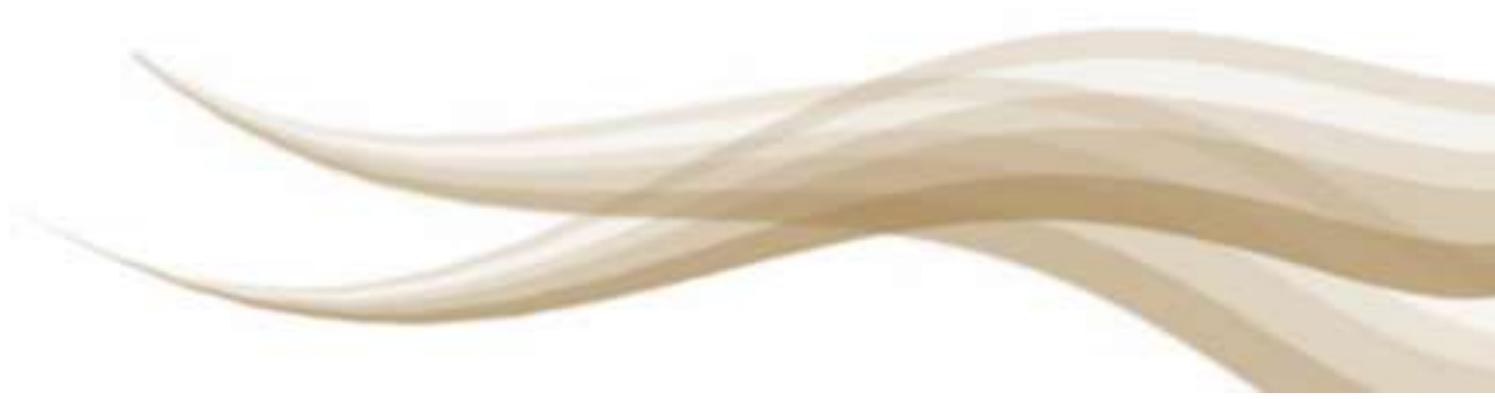
Durante los años 2009-2010 se adquirieron insumos que abastecían a solamente dos Servicios de Apoyo (Laboratorio Clínico y Laboratorio de Citología), pero con la apertura del Laboratorio de Patología (año 2011) se observó un incremento en la compra de reactivos en un 20% para atender la demanda de este servicio. El decremento de la compra del año 2012 obedeció a que la compra del año anterior se haya hecho a final de ese periodo logrando de alguna manera cubrir la necesidad del año 2012. Para el año 2013 se observa una compra equilibrada que corresponde al abastecimiento de los tres servicios de apoyo.

Es importante señalar que se ha venido haciendo un ordenamiento en la compra de reactivos a fin de ejecutar en tiempo el presupuesto asignado.



Capítulo 6.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO



6.1. Enfermedades Infectocontagiosas

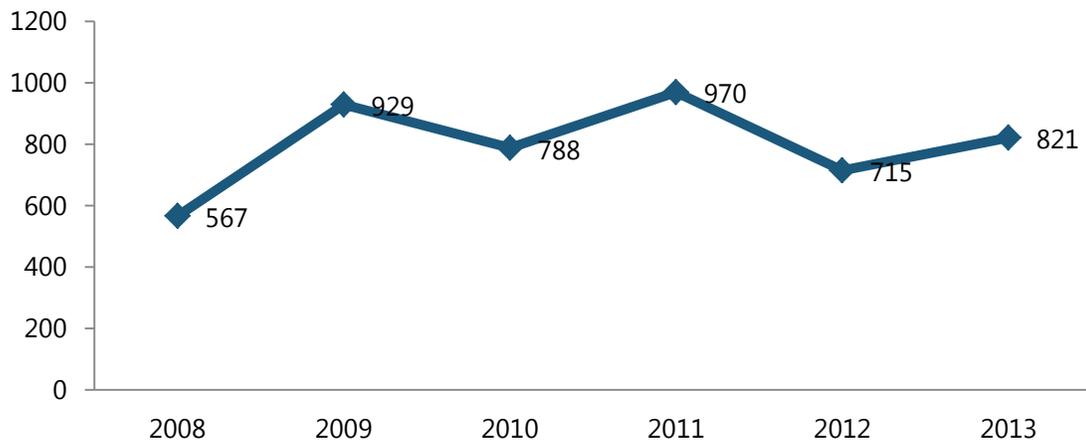
En el área de epidemiología uno de los primeros pasos que se dio fue crear la Unidad de Epidemiología del Hospital, asignando un médico 8 horas diarias que ha retomado la vigilancia activa de los casos de interés epidemiológico y no pasiva como se realizaba, esto se logra con la visita de los servicios a diario y la discusión de casos con las diferentes especialidades, además de la notificación a los sistemas de información y el seguimiento de estos. Cabe recalcar la programación de 8 horas a la semana de consulta epidemiológica ha permitido tener una mejor comunicación con primer nivel en las atención y para las acciones de campo con el acompañamiento del manejo clínico. Sobre todo en los casos de chagas y de enfermedades de transmisión sexual.

Enfermedades infectocontagiosas.

Las enfermedades infecciosas agudas siguen siendo de las primeras causas de consulta ambulatoria y de egreso sobretodo en el servicio de pediatría. En la gráfica siguiente se presenta un gráfico de tendencia de los egresos de todas las edades por neumonía con un promedio de 800 egresos anuales por esta patología. Lo que cabe recalcar en el área de pediatría en la capacidad resolutiva en esta institución, y que no se ha presentado mortalidad.

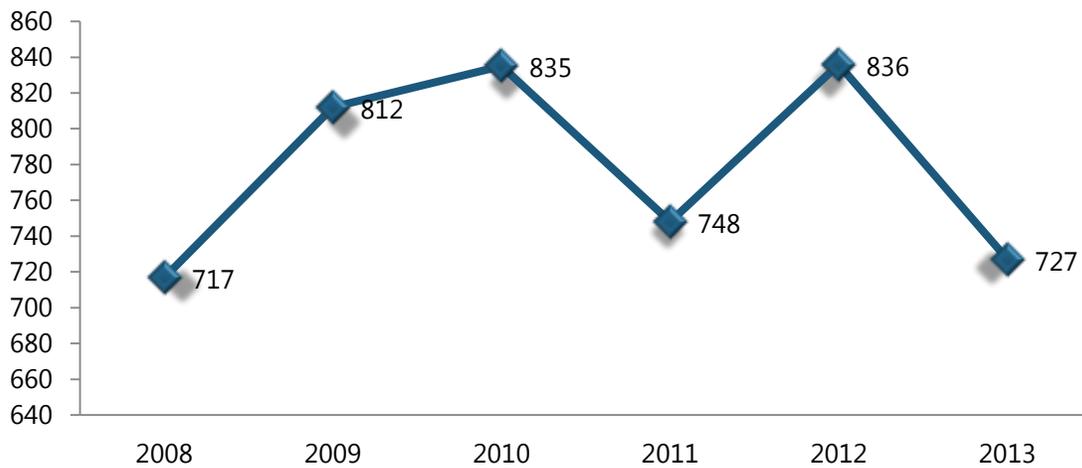
Para el año 2011 a nivel departamental de atendieron un total de 54,313 casos de infecciones respiratorias agudas de estas solo presentaron complicación el 1.8% que fueron los ingresos a este centro 970 en total, en el 2012 se ingresó un 1.2% de un total de 56,039 IRAS y para el año 2013 un 1.7% de 48,468 IRAS.

TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR NEUMONIAS 2008-2013



Los egresos por diarrea se observa en la gráfica, una disminución significativa para el año 2013 sin mortalidad en la edad pediátrica. En el 2011 a nivel de todo el departamento se atendieron 5,967 casos de diarreas a este centro se ingresó el 12.5% que corresponde a 748 casos, para el 2012 fueron 6,806 atenciones por diarrea manteniéndose en 12.2% que corresponde a 836 egresos de casos complicados para manejo hospitalario, y en el 2013 se dieron 7,010 consultas por diarrea con un 10% de casos complicados que requirieron manejo de segundo nivel.

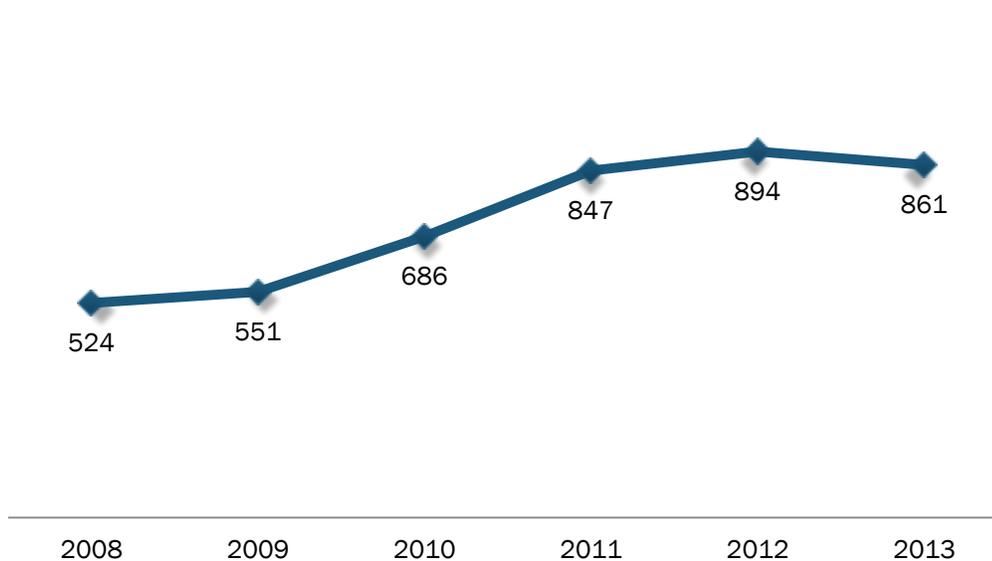
TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR DIARREAS 2008-2013



6.2. Enfermedades de Interés Epidemiológico.

6.2.1. CHAGAS

Tendencia de atenciones de enfermedad de Chagas crónico desde el año 2008 hasta el 2013 en la consulta externa.



En la gráfica anterior se observa la atención en la consulta externa de pacientes con enfermedades de Chagas crónico lo que es evidente el aumento de la demanda de atención por esta patología a través de los años. Ante esta situación como institución se creó un flujograma de atención, tanto para los casos detectados por banco de sangre, como de los referidos de la región; así como los que por clínica se sospecha de dicha enfermedad.

En la RIISS del departamento ya se tiene establecido como se dará la atención desde su aspectos clínicos para la detección, hasta el punto de referencia a esta institución con lo que se ha beneficiado en promedio 100 nuevos casos por año y de estos se les da tratamiento alrededor de 30 pacientes de acuerdo a los criterios de selección.

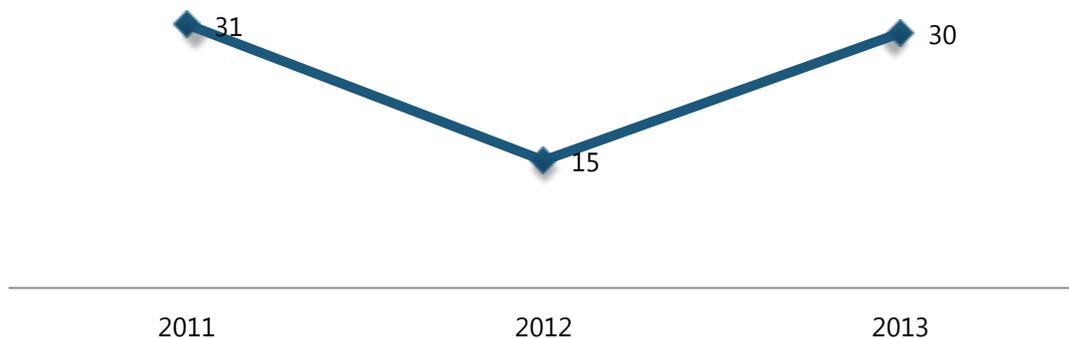
El impacto de esta clínica reside en que estos pacientes ya que son atendidos de forma integral, ofreciéndole además el seguimiento necesario en el área de consulta externa.

6.2.2. TUBERCULOSIS.

El programa de tuberculosis ha ido mejorando la capacidad de formación de los recursos con el diplomado para las diferentes disciplinas que busca mejorar la atención y la detección de esta patología por los trabajadores de salud. Un logro importante es que se le ha dado seguimiento a la búsqueda lo que ha incidido en el incremento en los porcentajes de muestras de SR pasando de no disponer de datos antes del año 2011, hasta el incremento gradual, de manera que para ese mismo año, se reportaron 613 sintomáticos respiratorios, que corresponde al 80% de la meta, pero para 2012: 612 SR que correspondía a y para el año 2013 fueron 949 SR que representa el %; esta búsqueda activa ha permitido un notable incremento en la detección de casos de tuberculosis en sus diferentes formas.



CASOS NUEVOS DE TUBERCULOSIS 2011-2013



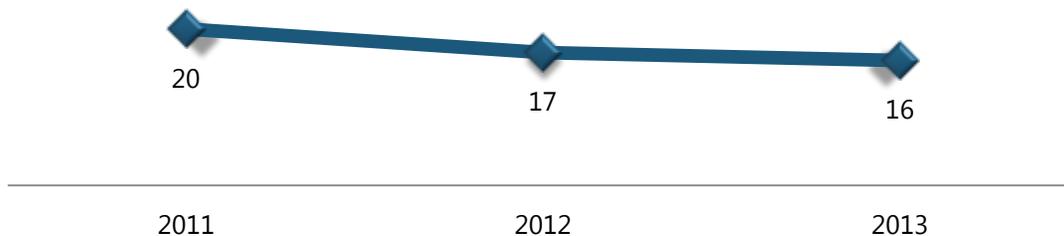
Personal del hospital dando educación acerca de la tuberculosis en el área de consulta externa y servicio de pediatría.

6.2.3. VIH-SIDA

La clínica de Terapia antirretroviral, a nivel de región era la única aperturada antes de esta gestión, por lo que para el año 2012 se instaló una en cada hospital departamento esto permitió la derivación de los pacientes según su área geográfica.

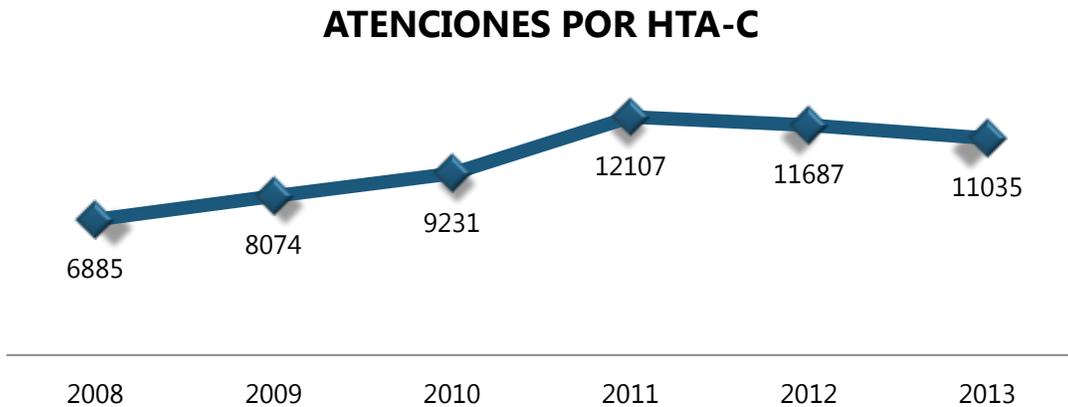


CASOS NUEVOS VIH HNSG 2011-2013

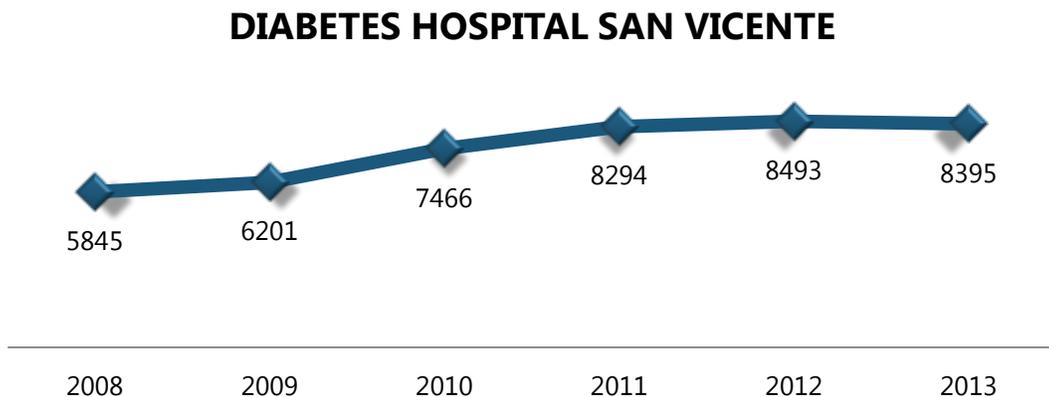


6.2.4. Enfermedades crónicas no transmisibles

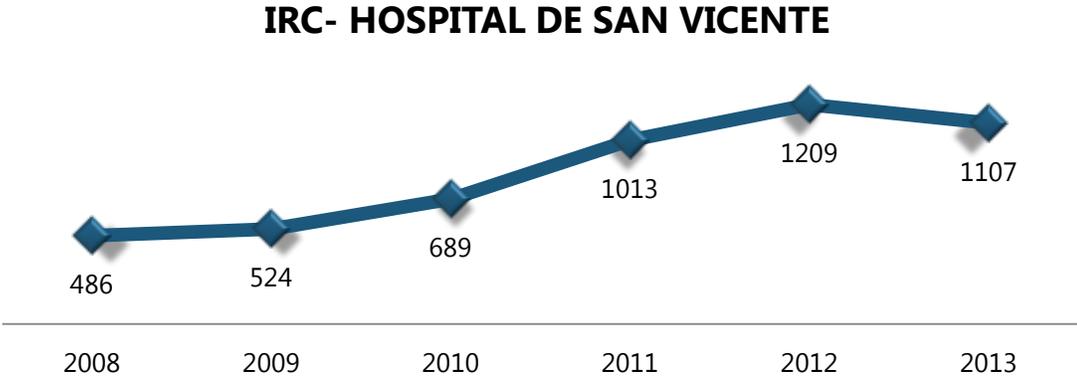
La **Hipertensión arterial crónica** es una de las patologías que va en aumento de casos cada año como se refleja en la siguiente gráfica, por lo que se tendrá que incidir en estilos de vidas más saludables y en la identificación de factores de riesgo que permita modificar los hábitos que puedan incidir en este tipo de patología. Ya que desde el año 2008 en donde se atendieron solo 6,885 casos para este año 2013 se duplico el número de atenciones a 11,035.



Con respecto a la **diabetes Mellitus** se observa la tendencia de mantenerse desde el año 2011 por más o menos 8,300 casos, aunque si se compara con el año 2009 en donde se tenían 5,845, se duplica el número de atenciones.



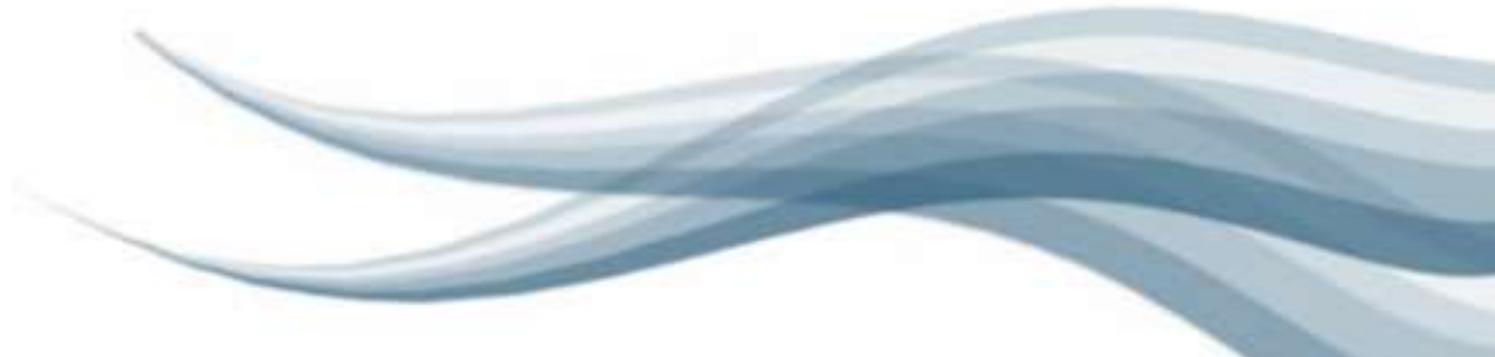
La insuficiencia renal crónica es otra de las patologías que va aumentando el número de casos a través del tiempo como se ve en el siguiente grafico que en el año 2008 solo se atendieron ambulatoriamente 486 casos y para el año 2013 ya eran 1,107 casos, esto va de la mano con el incremento de la incidencia de las enfermedades crónicas como la diabetes e HTA-C, aunado a esto que San Vicente posee la zona del bajo lempa y es un departamento en donde su principal fuente de ingresos es la agricultura.





Capítulo 7.

INDICADORES HOSPITALARIOS



7.1. Indicadores Hospitalarios

7.1.1. Porcentaje de Ocupación de Camas por Servicio

| Especialidad | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------------------|------------|------------|------------|-----------|
| Cirugía | 65% | 83% | 93% | 102 |
| Ginecología | 74% | 77% | 93% | 101 |
| Medicina Interna | 85% | 90% | 82% | 79 |
| Obstetricia | 66% | 83% | 66% | 81 |
| Pediatría | 68% | 86% | 87% | 89 |
| Neonatología | 0 | 0 | 0 | 122 |
| Convenios ISSS/BM | 0 | 0 | 88% | 74 |
| Total | 70% | 82% | 83% | 89 |

En el cuadro anterior se observa la utilidad de las camas por los diferentes servicios, por lo que en el tiempo en los diferentes servicios se ha visto la mejoría de su ocupación de camas. El servicio de neonatología fue aperturado hasta el 2013.

7.1.2. Promedio de Estancia

| Especialidades | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------------------|------------|----------|------------|------------|
| Cirugía | 3.7 | 3.8 | 4.3 | 5.1 |
| Ginecología | 2.4 | 2.5 | 3 | 3.4 |
| Medicina Interna | 2.9 | 3.2 | 3.3 | 3.4 |
| Obstetricia | 2.1 | 2.3 | 2.5 | 2.8 |
| Neonatología | | | | 4.7 |
| Pediatría | 3 | 3.3 | 3.5 | 3.2 |
| Convenios ISSS/BM | 0 | 0 | 2.4 | 2.3 |
| Total | 2.8 | 3 | 3.2 | 3.3 |

En el cuadro anterior se observa que para el año 2010 tuvo el promedio de estancia más bajo a esto cabe mencionar que en ese año no se tenían todas las especialidades en los servicios y los casos que requerían de un abordaje complejo se referían a un tercer nivel de atención con la llegada de todas las especialidades básicas en el 2011 se ha tenido más capacidad resolutoria y mejor abordaje institucional de las patologías.

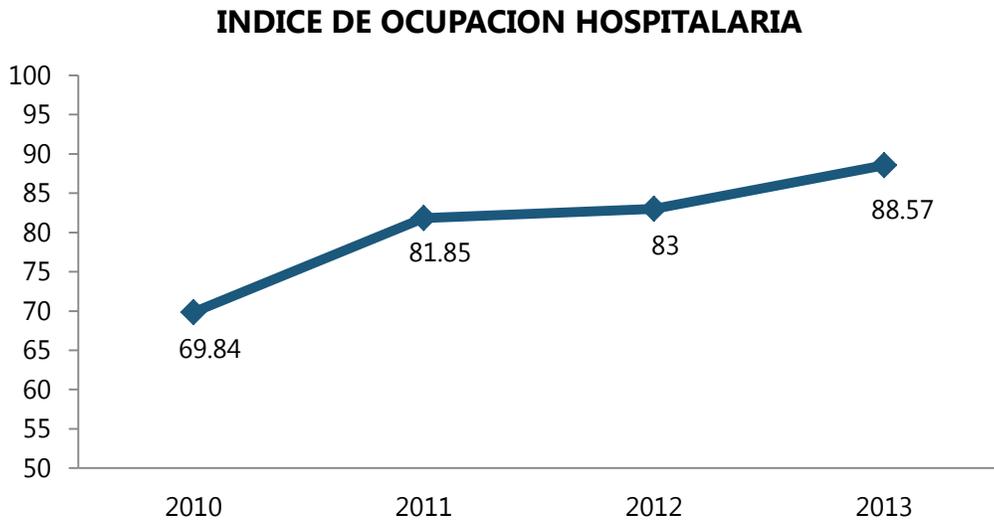
7.1.3. Rendimiento de Cama por Servicio

| Especialidades | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Medicina Interna | 106 | 103 | 89 | 82.4 |
| Cirugía | 64 | 80 | 79 | 73.4 |
| Ginecología | 115 | 113 | 120 | 98.4 |
| Obstetricia | 117 | 130 | 102 | 106 |
| Pediatría | 82 | 96 | 95 | 108.1 |
| Neonatología | | | | 79 |
| Convenios ISSS/BM | | | 148 | 117 |
| Total | 92 | 101 | 96 | 93 |

Con respecto al rendimiento de cama por servicio esto ha venido teniendo un filtro en el tiempo ya que cada especialista según su área ha retomado la responsabilidad de servicios de hospitalización y en el área de emergencia.

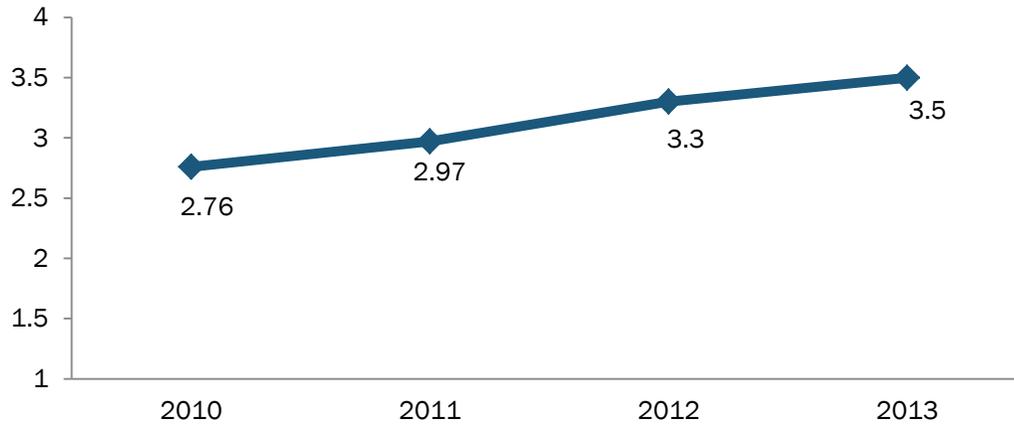
7.1.4. Intervalo de Sustitución

| Especialidades | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Cirugía | 2.02 | 0.78 | 0.37 | -0.08 |
| Ginecología | 0.83 | 0.76 | 0.21 | -0.04 |
| Medicina Interna | 0.51 | 0.36 | 0.71 | 0.9 |
| Obstetricia | 1.06 | 0.48 | 1.23 | 0.7 |
| Pediatría | 1.43 | 0.53 | 0.5 | 0.37 |
| Neonatología | | | | -0.83 |
| Convenios ISSS/BM | | | 0.31 | 0.8 |
| Total | 1.19 | 0.66 | 0.67 | 0.4 |



En la gráfica anterior es una tendencia del porcentaje de ocupación del área de hospitalización por lo que a través del tiempo ha ido mejorando no solo en cantidad si no en calidad por una atención más personalizada y especializada.

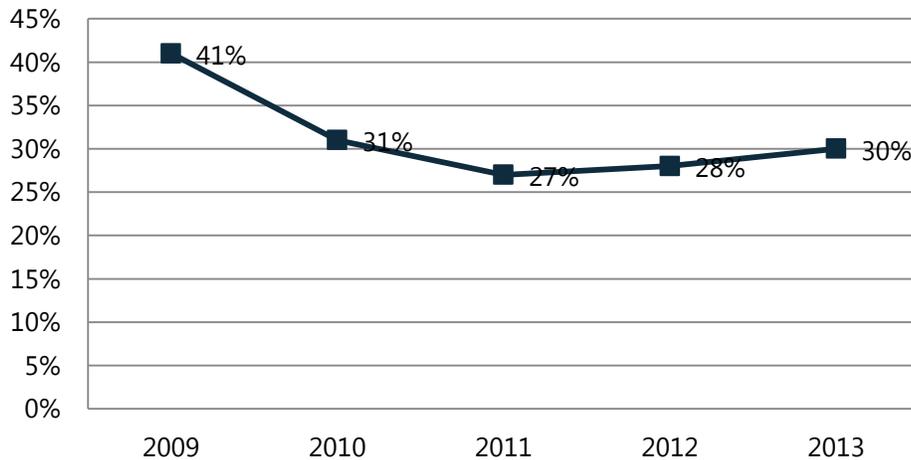
PROMEDIO DIAS ESTANCIA



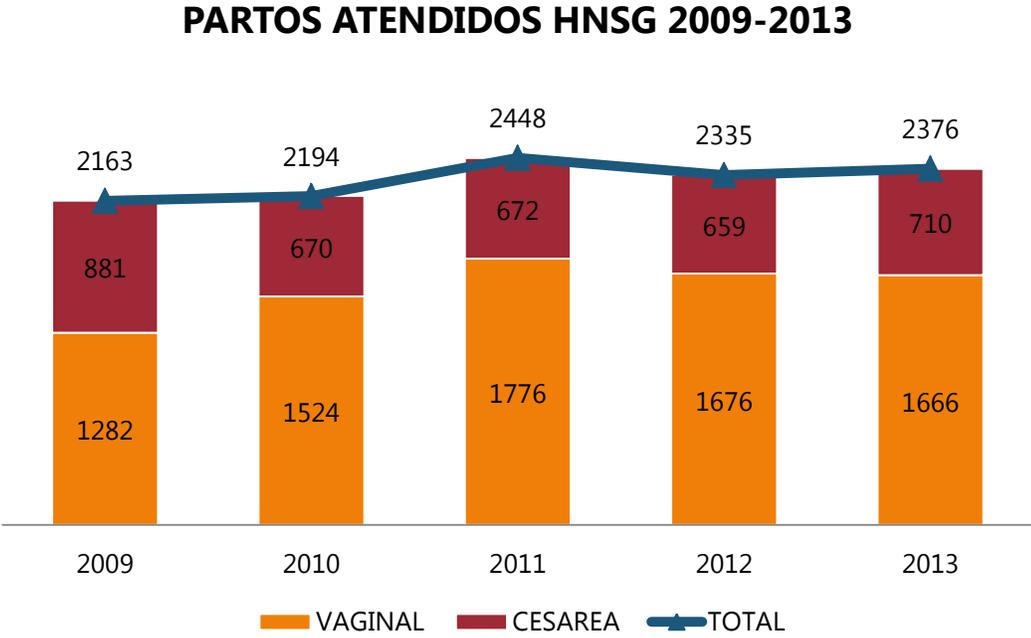
En la gráfica se observa el promedio día estancia que ha ido aumentando en el tiempo esto se debe a que la capacidad de resolución del hospital ha mejorado con un abordaje más especializado.

Con respecto al indicador de cesáreas en el año 2010 se tenía un porcentaje del 31% por lo que se intervino en realizar un mejor abordaje y depuración de cada caso para el año 2011 se logró disminuir en un 27% pero en los años 2012 y 2013 con el aumento de morbilidades obstétricas incremento. Para el año 2014 se ha retomado un plan de abordaje y discusión semanal, con todos los médicos de la especialidad de Gineco-obstetricia y se ha logrado reducir en un 21% el porcentaje de cesáreas

INDICE DE CESAREAS 2009-2013



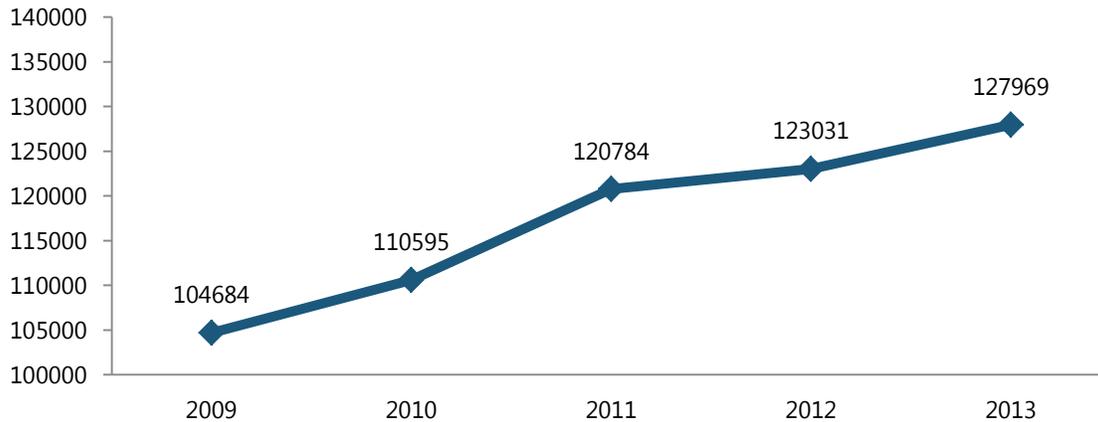
En referencia a los partos atendidos en el grafico que a continuación se presentan se observa un aumento del parto institucional en el Departamento de 2,163 atendidos en el 2009 a un total de 2,376 en el año 2013 con un aumento del 9%.



7.1.5. ATENCION AMBULATORIA

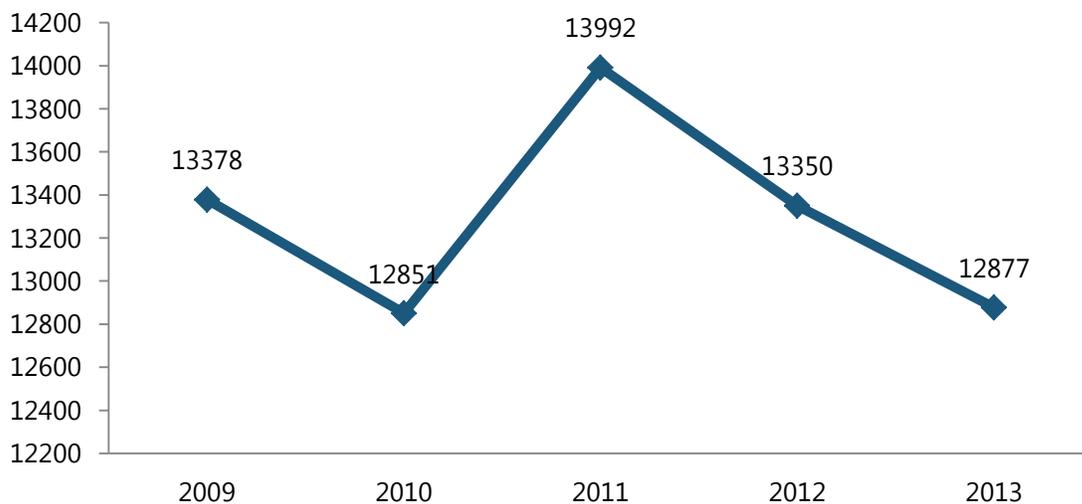
En la atención ambulatoria se ha observado un crecimiento en el tiempo de más o menos 20,000 consultas, cabe mencionar que el Departamento de San Vicente aún no está totalmente intervenido con la implementación de la Reforma de Salud. Aunado a esto que el municipio de San Vicente con un promedio de población 50,000 habitantes aún no tiene intervención por lo que estas personas son las que consultan a nuestra institución.

TENDENCIA DE CONSULTAS AMBULATORIAS



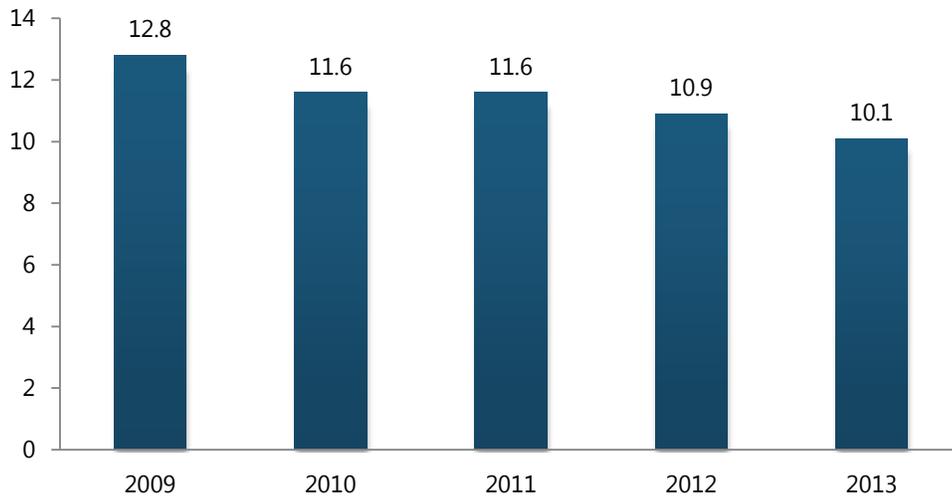
A pesar de que la atención ambulatoria institucional ha aumentado la tendencia de los egresos ha tenido una disminución, esto debido a que el área de Unidad de Emergencia tiene médicos especialistas en las cuatro áreas básicas, que permite hacer una mejor evaluación de los casos con un mejor criterio de ingreso.

TENDENCIA DE EGRESOS HOSPITALARIOS



En el siguiente grafico se observa que la atención hospitalaria se ha venido reduciendo en la mejora de la atención ambulatoria, en el año 2009 se tenía 12.8 egresos por cada 100 consultas ya para el año 2013 solo se ingresaron 10.1 pacientes por cada 100 consultas.

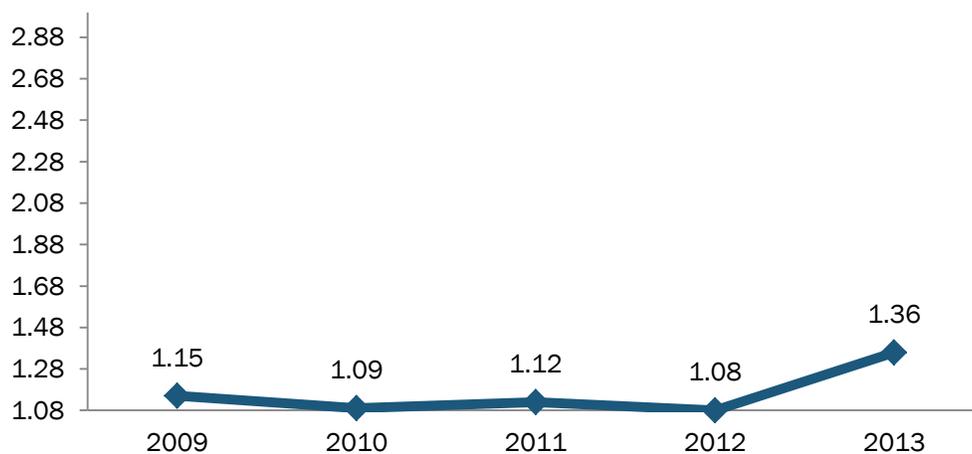
NUMERO DE EGRESOS POR 100 CONSULTAS



7.1.6. MORTALIDAD

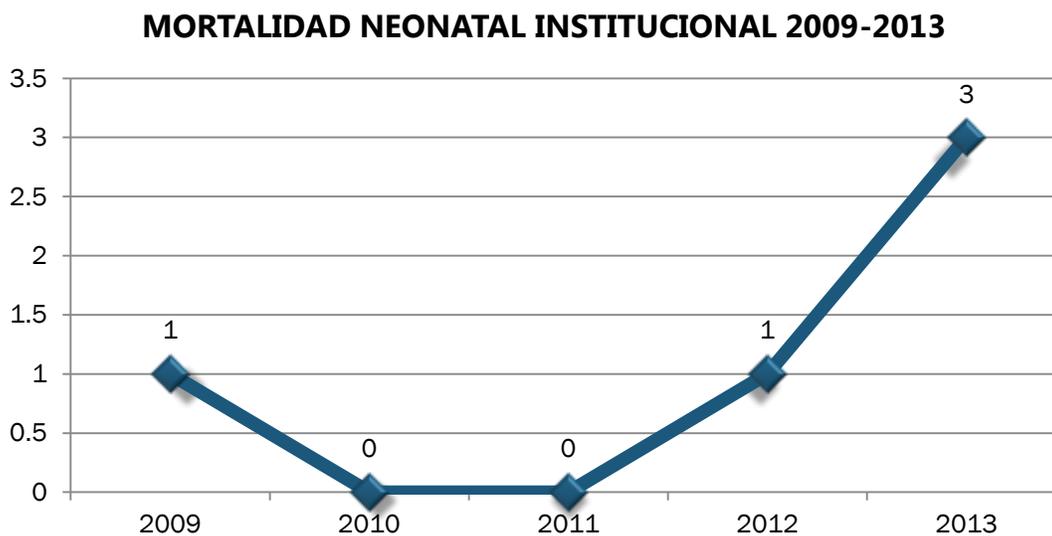
Con respecto a la mortalidad en el año 2009 se observa que 1.15 pacientes fallecieron por cada 100 egresos pero cabe mencionar que se tenía menos capacidad resolutive por lo que se refería más aun tercer nivel de atención. Para el año 2013 hay un leve aumento de 1.36 por cada 100 egresos, esto se debe a que al tener médicos especialistas 8 horas reduce las referencias de pacientes que en años anteriores requerían manejo especializado.

NUMERO DE FALLECIDOS POR 100 EGRESOS



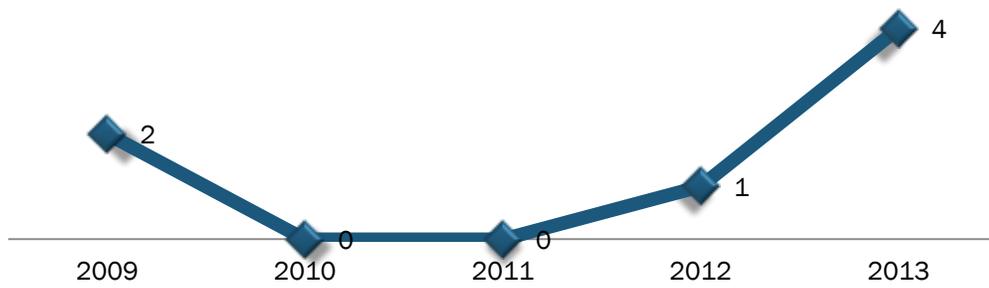
7.1.6.1. Mortalidad materno-infantil

La mortalidad en la edad neonatal en esta institución en los últimos 5 años ha sido de 5 casos, 1 en el 2009 por un síndrome de aspiración de meconio procedente del municipio de San Vicente, 1 muerte en el 2012 de un recién nacido con múltiples malformaciones congénitas, y para el año 3 muertes: 1 por malformación congénita, 1 por inmadurez extrema y 1 por parto prematuro de estas 3 dos eran de procedencia del municipio de San Vicente y 1 de Verapaz.



La mortalidad en menores de 5 años se han reportado un total de 7 en los 5 años de evaluación, incluidas ya las antes mencionadas como neonatales, para el año 2009 1 caso de muerte de una menor de 1 año de edad por neumonía, del municipio de Apastepeque, y para el año 2013 1 caso de una paciente de 4 años de edad por septicemia cabe recalcar que estos menores ya eran conocidos por patologías de base.

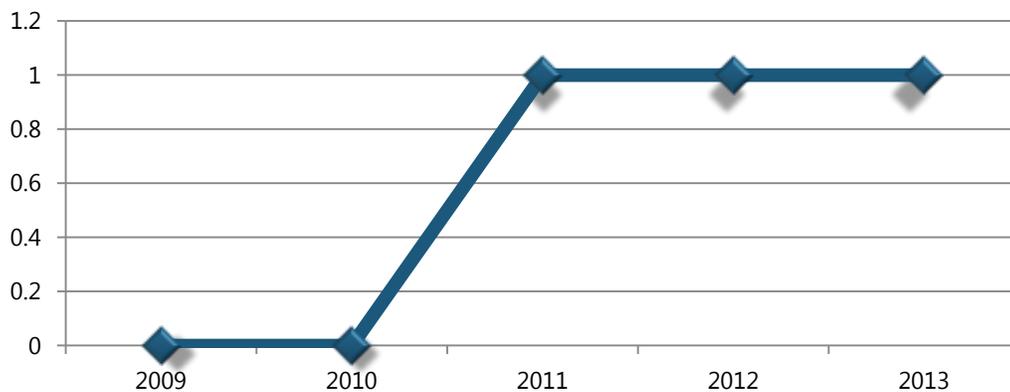
MORTALIDAD DE MENOR DE 5 AÑOS



7.1.6.2. Mortalidad materna.

Las muertes maternas en esta institución en los 5 años de evaluación son 3, 1 caso de pre eclampsia grave en el 2011, 1 caso de hemorragia pos-parto en el 2012 y 1 caso de sepsis en el 2013.

MORTALIDAD MATERNA 2009-2013





Capítulo 8.

PROGRAMA DE CIRUGÍA



8.1. Programa de Cirugía

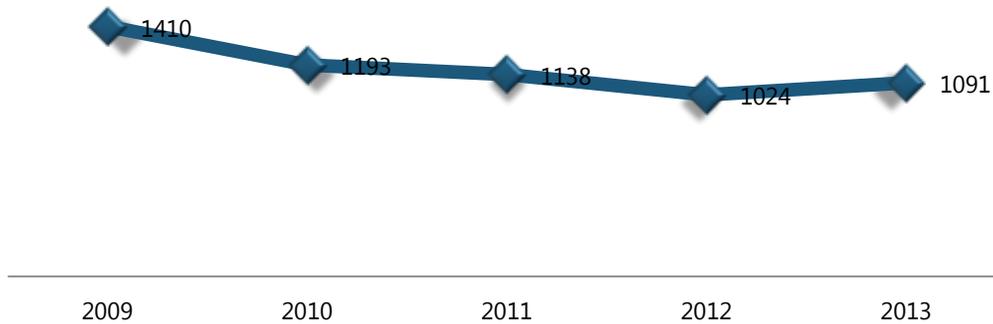
La cirugía mayor electiva se ha mantenido en un promedio de 1300 anuales. Siendo las principales intervenciones las colecistectomías, cura de hernias y procedimientos de ortopedia. Es importante señalar que ha ido mejorando a través de los años la depuración de la información de este en los sistemas de información del MINSAL, que ha sido una apuesta ya que se identificó sub-registro. La incorporación de anestesiólogo en el año 2011, nos permitió realizar procedimientos de mayor riesgo (ASA III- IV); y una mejor evaluación pre-operatoria. En el grafico se observa en el año 2013 aunque se observa una leve disminución de cirugías esto se explica por la derivación de procedimientos electivos para hospitalización hacia la cirugía ambulatoria, el otro factor que incidió en la baja sensible de procedimiento fueron las incapacidades medicas prolongadas.



En el rubro de cirugías de emergencia para hospitalización, en los últimos 3 años se ha mantenido en este centro, a pesar que la atención por accidente de tránsito, heridas por arman de fuego, y cuadros abdominales agudizados se ha incrementado y se han disminuido

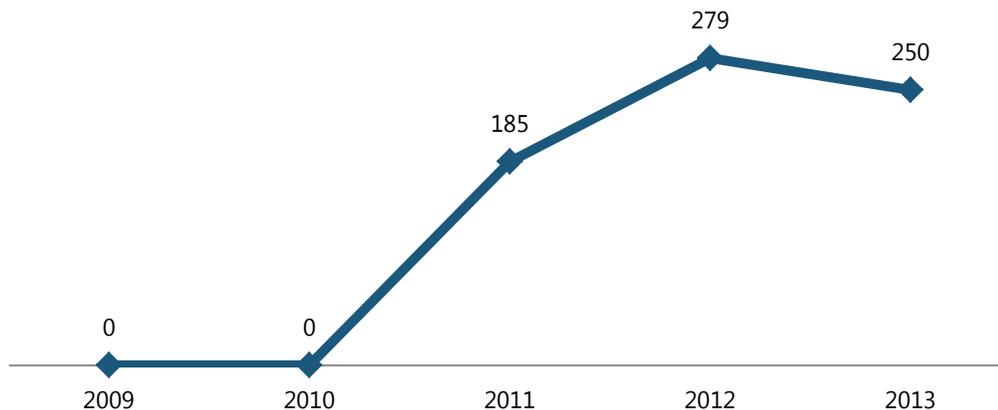
las referencias a tercer nivel por la presencia de cirujano en turnos de 24 horas 2 días a la semana, con estos recursos se ha dado resolución a casos complicados.

CIRUGIAS DE EMERGENCIA PARA HOSPITALIZACION 2009-2013



A partir del segundo semestre del año 2011 se apertura el Área de Cirugía Ambulatoria con una jornada Oftalmológica y dos de cirugía pediátricas que permitieron adquirir la experiencia para avanzar en el 2012 con el desarrollo de la actividad propia del hospital, realizándose exitosamente un promedio de 250 cirugías anuales, con una buena aceptación de parte de los usuarios e incorporación temprana a su hogar.

CIRUGÍA ELECTIVA AMBULATORIA 2009-2013



8.2. Infecciones asociadas a la Atención Sanitaria

El comité de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria se fortaleció en el año 2011 con un recurso de enfermería de 8 horas diarias, lo que ha mejorado la vigilancia activa de los casos, registro de los mismos y una intervención oportuna en los procesos en conjunto con los demás comités de esta institución. Además ha permitido hacer un análisis de la resistencia bacteriana e individualización de casos, la cual es discutida con los coordinadores de servicios. A continuación se presenta un resumen del 2013 del reporte por servicio con su respectivo índice.

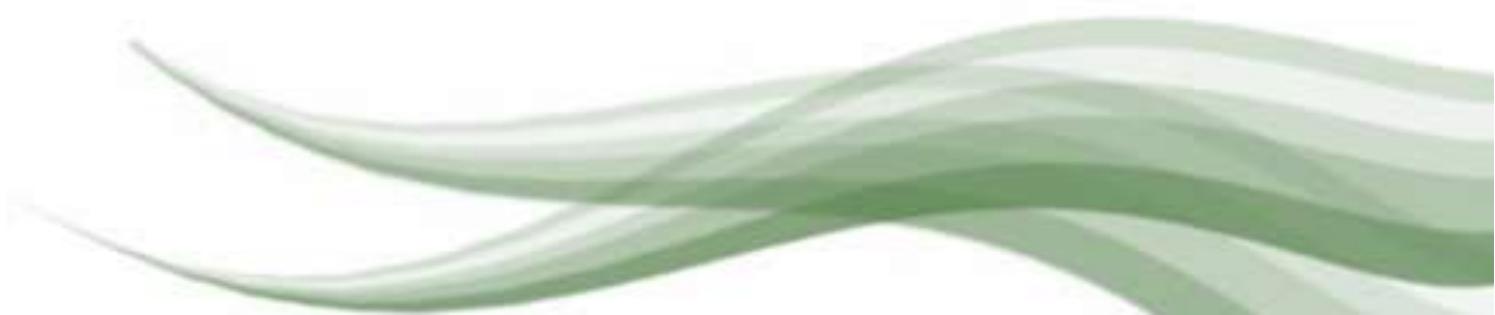
| SERVICIOS | IIAS 2013 | TOTAL EGRESOS | INDICE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS |
|--------------------------------|------------------|----------------------|---|
| PEDIATRIA | 7 | 2594 | 0.26985351 |
| MED.INTERNA | 1 | 3134 | 0.0319081 |
| OBSTETRICIA | 37 | 3076 | 1.20286086 |
| CIRUGIA | 14 | 1761 | 0.79500284 |
| NEONATOS | 2 | 792 | 0.25252525 |
| GINECOLOGIA | 4 | 689 | 0.58055152 |
| HOSPIT ISSS/ PENSIONADO | 1 | 821 | 0.12180268 |
| TOTAL | 66 | 12867 | 0.51294008 |

| RESUMEN DE DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES 2013 | |
|--|---|
| INFECCION DE SITIO QUIRÚRGICOP POR CESAREA | 18 |
| METRITIS | 17 |
| FLEBITIS | 4 |
| INFECCION DE SITIO QUIRÚRGICO POSTERIOR A MOS | 6 |
| INFECCION DE SITIO QUIRÚRGICO POSTERIOR APENDICECTOMIA | 3 |
| SEPSIS | 3 |
| HISTERECTOMIA ABDOMINAL | 3 |
| NEUMONIA NOSOCOMIAL | 2 |
| INFECCION DE SITIO QUIRÚRGICO DE TEJIDO BLANDO | 2 |
| INFECCION DE SITIO QUIRÚRGICO POSTERIOR A SAFENECTOMIA | 1 |
| INFECCION DE SITIO DE CATETER DE VENA CENTRAL | 1 |
| INFECCION DE SITIO QUIRÚRGICO POSTERIOR A CURA DE HERNIA ABDOMINAL | 1 |
| INFECCION DE SITIO QUIRÚRGICO POSTERIOR AMPUTACION DE MIEMBRO INFERIOR | 1 |
| INFECCION DE SITIO QUIRÚRGICO POSTERIOR A COLECISTECTOMIA | 1 |
| HISTERECTOMIA VAGINAL | 1 |
| INFECCION DE SITIO DE EPISIOTOMIA | 1 |
| INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS POR CATETER VESICAL | 1 |
| TOTAL | 66 |
| INFECCION DE SITIO QUIRÚRGICO TOTAL | 39 casos (59% del total de IAAS) |



Capítulo 9.

PROGRAMAS PRIORITARIOS



9.1. Programas Prioritarios

El fortalecimiento de las estrategias específicas para la atención integral e integrada de la persona, la familia y la comunidad ha tenido especial interés en esta nueva gestión.

Respecto a la atención en salud sexual y reproductiva se ha promovido la dotación de un botiquín de Salud Sexual y reproductiva en Emergencia de Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico y Servicio de Maternidad.

Además está habilitada **la Clínica de salud Sexual y Reproductiva** en Consulta Externa prestando atenciones supervisadas en Planificación familiar con métodos temporales y promocionando los métodos permanentes: Minilaparotomía de intervalo (promedio de 30 por año) y Vasectomía, este último desde 2013.

Se introdujo la técnica de Aspirado Manual Endouterino (AMEU) para la atención de pacientes con aborto y que necesiten intervención, realizándose el procedimiento de forma ambulatoria.

9.1.1. Diagnóstico y tratamiento cáncer cervicouterino

En el marco de las actividades de atención para diagnóstico y tratamiento de neoplasias con la implementación del programa HPV Care se ha incrementado la realización de colposcopías, crioterapias y referencias con diagnósticos establecidos de neoplasias; de tal fin el detalle de producción en el quinquenio se describe a continuación:

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Colposcopia | 297 | 206 | 253 | 351 | 404 |
| Crioterapia | 218 | 208 | 217 | 283 | 400 |
| Cono Loop | 16 | 3 | 2 | 7 | 9 |

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| LEI DE BG | 82 | 15 | 55 | 53 | 66 |
| LEI DE AG | 22 | 6 | 21 | 11 | 34 |
| CIS | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 |
| TOTAL | 1937 | 1334 | 1219 | 1774 | 1652 |

Con esta demanda ha se reasignan los horarios del médico colposcopista aumentando su disponibilidad de horas para Colposcopia y además la búsqueda ha permitido realizar intervenciones quirúrgicas tempranas y referencias oportunas hacia tercer nivel.

9.1.2. Diagnóstico de cáncer mama.

A partir de 2011 se inició con la toma de Mamografías permitiendo a la población de la región tener acceso a este estudio importante para la detección temprana de cáncer de mama; este servicio ha permitido un ahorro económico a la población femenina beneficiada en una cantidad aproximada



de US\$25,000 anuales, así como garantizar el acceso a este tipo de servicios, ya que las pacientes debían hacerse el estudio de forma particular o no acceder a este tipo de estudio.

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Mamografías (Tamizaje y diagnósticas) | 0 | 0 | 53 | 422 | 525 |
| Biopsia de mama realizadas | 0 | 0 | 14 | 59 | 60 |
| Biopsias de mama reportadas cáncer | 0 | 0 | 1 | 2 | 5 |

9.1.3. Atención neonatal y perinatal.

A partir de 2010 se contrató a Pediatría Neonatólogo para la atención de RN críticos tanto en Sala de Operaciones, Sala de partos como en Neonatología. Esto ha cualificado la atención de los recién nacidos lo que ha reducido las referencias hacia hospitales de tercer nivel. La cantidad de pacientes ingresados es de 10/día en promedio, contabilizándose 792 egresos a partir del 2013, año en que se apertura



formalmente el servicio de Neonatología tanto en área física como en sistemas de información.

De la misma forma se ha fortalecido la certificación y recertificación de personal médico y paramédico en cursos de Reanimación y Transporte Neonatal (80% del personal relacionado a la atención del binomio madre-hijo). Se han realizado talleres y simulacros de reanimación neonatal. Capacitación en RCP básico a 162 recursos.



Se ha fortalecido el equipamiento para la atención del recién nacido que necesite algún tipo de reanimación contando a la fecha con cuna de calor radiante en Sala de Partos, Sala de operaciones y servicio de neonatos. Además se cuenta con 2 sistemas de CPAP lo que ha permitido disminuir el número de referencias a hospital especializado.



La atención especializada en el área de emergencia por parte de pediatra (8 horas) a partir del 2011 ha permitido hacer mejor selección de los ingresos al servicio reduciendo costos operativos a la institución y consecuentemente brindando atención de calidad, oportuna y eficiente.



9.1.4. Programa de Atención integral a paciente VIH.



A partir del 2004 se inició la atención de los pacientes de la región Paracentral siendo centralizada la atención regional en el hospital Santa Gertrudis. En la actual administración gubernamental se inició el proceso de habilitación de las Clínicas de Atención Integral, en los hospitales de Cojutepeque, Sensuntepeque y Zacatecoluca lo cual permitió la derivación de pacientes acercando los servicios de salud y el tratamiento ARV.



Se fortaleció la Clínica con un promotor de salud en VIH, un psicólogo, un Odontólogo, una Nutricionista, un Pediatra, un Gineco-obstetra y una enfermera específica para el programa VIH/TB. También se fortaleció con la formación del comité de apoyo. Se capacitó 5 recursos

en consejería pre y post prueba; además de la formación de un nuevo recurso avalado en el curso ESTER.

Se ha trabajado insistentemente en la sensibilización del personal de la institución en el tema de no discriminación y no estigmatización. Se capacitó en 2011 a 88 recursos multidisciplinares.

Desde 2012 se han estado realizando capacitaciones al personal sobre la nueva guía de atención de personal abusadas sexualmente, profilaxis post-exposición, manejo de accidentes laborales y medidas de bioseguridad.



Con la iniciativa de CAPACITY PROJECT el hospital lidera la formación de la red interinstitucional ACIV, lo que ha permitido el trabajo interinstitucional en red y con el primer nivel de atención en el departamento para promover la no discriminación ni estigmatización de estos pacientes.



Durante la gestión ha habido el abastecimiento suficiente de medicamentos ARV necesarios para el control farmacológico de estos pacientes.

Además de resaltar que no se ha reportado ningún caso de transmisión vertical.

9.1.5. Programa Nacional de Tuberculosis.

Se ha fortalecido el programa con la conformación del comité de coinfección TB-VIH enfocado en la detección temprana de coinfecciones y promoviendo la detección temprana de sintomáticos respiratorios en los diferentes servicios medico de hospitalización y ambulatorios en el hospital.

9.1.6. Programa de atención a Veteranos de Guerra

El hospital inicia su participación en este programa desde finales de 2012 en coordinación con la oficina por el derecho a la salud del Ministerio de Salud. Actividades:

1. Ampliación de consulta urología a 8 horas/día logrando acortar tiempo espera de consulta de primera vez a 15 días.
2. Adquisición de Resectoscopio permitiendo la realización de procedimientos como cistoscopias diagnósticas y tratamiento, prostatectomías por resección transuretral y otros procedimientos. Aparte que algunos de los pacientes de cistoscopias son manejados de manera ambulatoria.
3. Incorporación de recurso de enfermería para la atención de estos pacientes
4. Adquisición de insumos destinados a atención oftalmológica.

9.1.7. Proyecto CAFTA (suministro de material de osteosíntesis)

En el año 2012 el hospital fue uno de los 18 hospitales favorecidos con el proyecto CAFTA, el cual inició en noviembre de ese año. Atendiendo hasta marzo del 2014 a 154 pacientes que representa un ahorro para el bolsillo significativo.



En el 2013 como complemento a este proyecto el Hospital adquirió material no provisto por CAFTA:

1. Adquisición de taladro eléctrico \$ 24,000.00
2. Adquisición de insumos: prótesis Austin Moore, Prótesis total de cadera, agujas Kirshner, clavos Rush, desatornilladores y otros \$ 15,000.00
3. Adquisición de 2 camas balcánicas US\$ 4,900.00



| Año | Pacientes beneficiados de proyecto CAFTA | Pacientes beneficiados con material adquirido por hospital |
|------------|---|---|
| 2012 | 13 | 0 |
| 2013 | 113 | 13 |
| 2014 | 28 | 23 |

Además en el 2013 se contrató 4 horas ortopeda más, para acortar tiempos de espera de cirugía ortopédica y apoyar la atención de pacientes con necesidad de colocación de material de osteosíntesis de Sensuntepeque, Ilobasco y Cojutepeque.

9.2. Proyectos hospitalarios implementados.

9.2.1. Apertura del área de recuperación post- operatoria en Centro Quirúrgico en año 2011.

En las nuevas instalaciones del hospital se apertura dicha área permitiendo el control adecuado del dolor y cuidados monitorizados de los pacientes en el postoperatorio inmediato.



Se elaboraron los lineamientos para la atención en dicha área, trabajo en conjunto de enfermería, anestesia y médico.

Se cuenta con monitores de signos vitales, 2 camillas por cada quirófano y recurso de enfermería asignado al área.

Elaboración de protocolos de enfermería para recuperación post operatoria.

9.2.2. Apertura del servicio de cirugía ambulatoria 2011.

Se inicia con las siguientes actividades: Jornada oftalmológica en agosto 2011 con apoyo del Comando Sur de EE.UU, beneficiando a más de 147 pacientes que necesitan cirugía de cataratas y dos jornadas de cirugía pediátrica 2011.



- Implementación de la estrategia cirugía segura.

- Se ha fomentado la realización de procedimientos en esta área de las especialidades de ortopedia, cirugía general, urología y gineco-obstetricia.
- Apertura de consulta de Anestesiología para evaluaciones preoperatorias de Cirugía Ambulatoria y manejo de pacientes con dolor crónico.

| | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------------------|------|------|------|
| Consulta de anestesiología | 93 | 492 | 537 |

9.2.3. Implementación de Triage en la Unidad de Emergencia.

- Socialización del tema en julio 2011.
- Asignación de dos médicos para realización del Triage en horario diurno de lunes a viernes.
- Medición de tiempos de espera como estándar de calidad de atención.
- Proyectos para reducción de tiempos de espera.
- Capacitación a personal de enfermería sobre RCP básico.
- Capacitación externa de dos recursos en emergencias y desastres y dos recursos en manejo de paciente con quemaduras.
- Implementación de Triage estructurado mayo del 2013.



9.2.4. Apertura del área de Observación en Emergencia 2011.

1. Elaboración del proyecto y normativa de funcionamiento de Observación.
2. Socialización del funcionamiento de Observación.

Esto ha permitido disminuir la cantidad de ingresos a áreas de hospitalización que son de rápida resolución.



| | 2011 | 2012 | 2013 |
|---------------------------------|------|------|------|
| Pacientes en observación | 1223 | 2751 | 3394 |

9.2.5. Introducción de tecnología informática al funcionamiento hospitalario.

- a. Departamento de citas: implementación de citas electrónicas y citas telefónicas de primera vez a hospitales de Tercer Nivel, reduciendo gasto a la familia en transporte y alimentación para obtener cita médica.



- b. Farmacia: control de Farmacia a través del sistema SIAP permitiendo llevar registro de consumo de medicamentos

- c. Laboratorio clínico: se adquieren nuevas pruebas de laboratorio que cualifican las áreas **de hematología con**



Fibrinógeno, Gases arteriales, en química se fortalece con la adquisición de LDH, electrolitos, todos parte del cuadro básico de exámenes para hospital departamental,

pero que no se disponían en este centro de atención; además se garantizó adquirir incorporación de sistemas automatizados para el procesamiento de muestras serológicas y de bacteriología. De igual manera se está en fase de diseño la aplicación de la norma ISO para Laboratorios clínicos, con un equipo de tres recursos preparados por OSA (Organismo Salvadoreño de Acreditación) para cualificar los resultados de exámenes de Laboratorio Clínico.

- d. Rayos "X" El nuevo equipo de Rx de imágenes digitales se permite la visualización de calidad de imágenes, ahorro en químicos y películas para revelado con la consiguiente reducción de contaminación ambiental y además permite tener las imágenes radiológicas disponibles en Consulta Externa).



- e. La introducción del mamografo por primera vez en este Hospital ha permitido detección temprana de Cancer de mama. (datos presentados previamente).



- f. Se optimizó la protección de los servidores institucionales y rack centra con UPS adecuados, lo que permitió una estabilidad en cuanto a transferencia de datos para las diferentes áreas que hacen uso del sistema integral de atención al paciente.



- g. Mejoramiento del área técnica en cuanto a la adquisición de mueble adecuado para los servidores.

- h. Cambio de switch en los racks de los diferentes edificios, mejorando la calidad de comunicación y tráfico de datos.

i. Instalación de equipo multimedia en auditorio, salas de espera de consulta externa y emergencia.



j. Mejoramiento en cuanto a funcionalidad de relojes digitales de los diferentes edificios, para los cuales se adquirieron UPS para su protección.

k. Cambio de enlaces a fibra óptica, lo cual optimizó la comunicación entre nivel central y la institución.



l. Colaboración en la instalación del sistema de videovigilancia en la institución.

m. Se logró estabilidad de planta telefónica, actualizando software, mejorando la transferencia de llamadas.

n. Reestructuración de la red institucional, estabilizando caídas y pérdidas de información así como la interconexión con Ministerio de Hacienda y con Nivel Central.

o. Actualización de los tres servidores, SIAP, WINDOWS, Dominio reestructurando tabla de usuarios institucional.

9.2.6. Dotación de equipos tecnológicos especializados para estudios ambulatorios y de hospitalización.

- Monitores de signos vitales
- Bombas de infusión
- Desfibriladores
- Máquinas de anestesia con capnógrafo
- Prueba de esfuerzo
- Espirómetros
- Electrocardiógrafos
- Oxímetros de pulso



El área de fisioterapia se ha visto fortalecida con:

Gimnasio

Ultrasonido

Diatermia

Tanques de hidroterapia

9.2.7. Desarrollo del marco regulatorio institucional.

Debido a que no había documentos regulatorios institucionales, en el año 2010 se inicia el proceso de elaboración de diferentes normativas internas a fin de adecuar el funcionamiento de diferentes áreas dentro de las nuevas instalaciones y equipamiento respectivo.

Con los antecedentes institucionales se estableció el modelo de dirección la gestión por procesos; con el fin de buscar la eficiencia y calidad de los servicios claves de atención; de manera que se trabajó con los equipos de estas áreas como motores de cambio, de manera que se inicia por una revisión de las actividades de cada área que permitiera la identificación de factores restrictivos para su adecuado funcionamiento y a partir de estos se rediseña el flujo de atención. La importancia de este tipo de gestión radica en que es un modelo que está centrado en: a) los usuarios, b) papel de los profesionales, c) mejores prácticas clínicas con la aplicación de guías clínicas de atención, d) sistemas de información integrado.

De manera que en el tiempo se ha ido articulando los procesos estratégicos (marco que permite el mantenimiento y progreso de la institución: plan estratégico, política nacional de salud, guías clínicas, plan de mejora continua de la atención y un plan anual de formación profesional) con los Procesos operativos de:

- Emergencia
- Emergencia Obstétrica
- Consulta Externa
- Sala de operaciones
- Servicio de Neonatos

De igual manera se trabajó de manera importante en los procesos de soporte tales como:

- Anestesia
- Evaluación preoperatoria de paciente quirúrgico
- Paciente de ortopedia
- Radiología
- Lavandería
- Morgue (en proceso)
- Albergue

Se trabajó en otras normativas institucionales como protocolos de atención:

- Antibiótico profilaxis
- Procedimientos en servicios de hospitalización
- Procedimientos de limpieza y desinfección en áreas hospitalarias.

9.2.7.1. Proyectos de calidad (Unidad Organizativa de la calidad)

- Emergencias y Desastres,
- Seguridad del Agua,
- Manejo de Desechos Bioinfecciosos,
- Protección Radiológica.
- Uso racional de medicamentos. Proyecto de unidosis (2011). Receta de uso repetitivo en Consulta Externa.
- Fraccionamiento de hemoderivados.
- Prevención de caídas en Medicina y Pediatría (2013).
- Encuestas de satisfacción del usuario en Unidad de Emergencia.
- Apertura de Buzones de sugerencia.
- Mejoramiento de la estancia de las madres de Pediatría (2013).



- Auditoría de la actividad médica: Ginecoobstetricia, Medicina, Cirugía, Pediatría y Referencia/Retorno

Implementación del Programa de Cirugía Segura (2012)

PROGRAMA DE CIRUGÍA SEGURA



Fase de entrada



Fase de pausa



Fase de Salida

9.2.7.2. Otros proyectos

- Apertura de oficina del Registro Nacional de Personas Naturales (RNPN) (2013)



- Implementación de Programa de Reciclaje (2013).
- Apertura de la Unidad de Gestión Ambiental.
- Apertura del Centro de Capacitaciones y de Habilidades y Competencias Obstétricas.



- Ampliación de los horarios de visita a pacientes ingresados.
- Contratación de servicio externalizado de limpieza hospitalaria y jardinería.
- Se recibió visitas internacionales para conocer el funcionamiento de la RIISS San Vicente, una experiencia enriquecedora.



9.2.7.3. Proyectos pendientes de realizar.

Como todo proceso de cambio y mejora continua se requiere de nuevos retos y desafíos para alcanzar el funcionamiento óptimo de la institución tales como:

- ✓ Modificaciones a infraestructura para el proyecto de UCIN y UCI
- ✓ Oficializar la Unidad por el Derecho a la Salud
- ✓ Contratación de personal para las nuevas áreas de cuidados intensivos.
- ✓ Cobertura 24 horas para la especialidad de Pediatría.
- ✓ Completar la permuta de la chatarra.
- ✓ Techado del tanque de diésel.
- ✓ Climatizar el área destinada al Centro de Habilidades Obstétricas.
- ✓ Diseñar e impulsar el proyecto de Energía Fotovoltaica.
- ✓ Mejorar los procesos de los servicios de apoyo (aplicación de la ISO para laboratorio clínico.
- ✓ Adquirir equipo para realizar cirugía mínima invasiva (Laparoscopia)
- ✓ Diseño del proyecto para habilitar el Banco de Leche Humana
- ✓ Implementación del programa Madre Canguro
- ✓ Potenciar el reciclaje.