

BIGH

BOLETIN DE INDICADORES PARA
LA GESTIÓN HOSPITALARIA

SEGUNDO SEMESTRE 2017

Indice

EDITORIAL

ANTECEDENTES GENERALES

PRODUCCION HOSPITALARIA

EPIDEMIOLOGIA HOSPITALARIA

CONSULTAS ATENCION ABIERTA

ACTIVIDAD QUIRURGICA

ACTIVIDAD OBSTETRICA

UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA

DOTACION DE PABELLONES

FINANCIAMIENTO DE PRESTACIONES

GLOSA 4

INDICADORES DE CALIDAD

COMPROMISO DE GESTION N°5

REDUCCION ANTIGUEDAD LISTA DE ESPERA

EVALUACION INDICADORES EAR

INDICE FUNCIONAL PRIMER SEMESTRE 2016 - 2017

METAS SANITARIAS LEY 18834

COMENTARIO FINAL

EDITORIAL

Iniciar cualquier proceso o iniciativa transformacional es sin duda un desafío para los equipos que están a cargo de ello. Sin embargo, tener la capacidad de dar continuidad de manera sostenible y con una perspectiva de desarrollo a las iniciativas, es aún más complejo y pone a prueba la convicción y capacidad de los equipos gestores y la de sus colaboradores.

BIG-H es ejemplo de ello. El segundo número tiene un desfase importante de lo inicialmente programado y comprometido a la comunidad hospitalaria. Para quienes estamos a cargo de esta iniciativa, la convicción de la relevancia que tiene esta herramienta de información para una gestión hospitalaria de excelencia se mantienen intactas, y las dificultades que hemos tenido nos permiten mirar el desafío desde una perspectiva más estructural.

¿A qué nos referimos?. Las dificultades en la construcción de este boletín de indicadores de gestión del Hospital Puerto Montt, dicen relación a 3 aspectos: la entrega de información oportuna por parte de los responsables, la calidad y consistencia de los datos, y el interés de los encargados de gestión por estas tareas.

Cada uno de estos aspectos están íntimamente relacionados, y deben hacernos a todos reflexionar en el ámbito del cual somos responsables, respecto de la necesidad de desarrollar estrategias locales que permitan contar en forma sistematizada y oportuna de los datos, cuestionarnos la calidad de estos y a su vez cómo mejorar que lo que estamos registrando y procesando, refleje realmente la realidad de la gestión hospitalaria.

El equipo editorial de BIH-H estamos también en esta lógica, conciente que la construcción de esta herramienta deberá pasar por un necesario período de revisión y cambios que seguro harán que los próximos números serán muy diferentes a los primeros, en la búsqueda de un formato definitivo en cuanto a estructura y contenido que den respuesta a los objetivos planteados inicialmente.

Jorge Tagle Alegría
Director Editorial

Agradezco al Departamento Estadísticas Hospitalarias por el análisis que ha realizado en este número de los datos de nuestra Unidad de Emergencia. Insto a todos a revisar este análisis tan atingente a la situación compleja que como Hospital estamos enfrentando en estas semanas, en relación al flujo de atención de pacientes en Urgencia y a la gestión de camas médico quirúrgicas del adulto.

Colaboradores

Infección Intrahospitalaria

Bernardino Sepúlveda Rosales
Maria Rioseco Zorm

Dpto. Apoyo a la Gestión Clínica

Loreto Vivallos Soto
Enrique Pizarro Ubilla
Alejandro Villegas Mardones

Subdirección de Recursos Humanos

José Luis Calisto Peñafiel
Bertila Villagra
Sofía Alegría Constanzo

Dpto. Registro y Producción

Ricardo Santos

Dpto. Gestión y Desarrollo

Maria José Benítez Yáñez

Unidad de Calidad

Claudia Pérez Suarez
Bridgitte Sierves Frey

Químico Farmacéutico

Rodrigo Fernández Ampuero

Unidad de Comunicaciones

Departamento de Estadística Hospitalaria

José Javier Caro Miranda M.Sc.
Andrea Tapia Gutierrez Unidad Estadística
Sra Marta Baez Alvarez Unidad Estadística
Carolina Núñez Hernandez. Epidemiología
Maria Paz Blanco Herrera. Epidemiología
Natividad Sepúlveda Aguilera. GRD
César Haro Loaiza. GRD

ANTECEDENTES GENERALES

Como establecimiento de salud de alta complejidad del sur de Chile, el Hospital Puerto Montt forma parte de la gran red nacional, como también de la Macro Región Sur que se extiende desde Araucanía Sur a Magallanes y de la red local correspondiente al Servicio de Salud del Reloncaví (SSDR). El Servicio de Salud del Reloncaví (SSDR), del cual forma parte el Hospital de Puerto Montt, tiene por jurisdicción a las provincias de Llanquihue y Palena, siendo la población beneficiaria del sistema público de salud un 84%. Con respecto a los indicadores de acceso a la atención se cuenta con cerca de **1.650** camas para atención hospitalizada, incluyendo sector público y privado.

Dotación de camas

La dotación actual de camas según Resolución Exenta J 3867 del 8 de noviembre del año 2016 dependiente del Servicio de Salud del Reloncaví, corresponde y se ajusta a las instrucciones del DEIS /MINSAL para la distribución de camas según unidades funcionales. La tabla siguiente muestra la dotación actual de camas según unidades funcionales, de las cuales se encuentran en trabajo el 95,83% (**506** camas).

AREAS	Nº DE CAMAS	*EN TRABAJO
ÁREA MÉDICA ADULTOS CUIDADOS BÁSICOS	37	37
ÁREA MÉDICA ADULTOS CUIDADOS MEDIOS	98	98
ÁREA MÉDICA QUIRÚRGICA ADULTOS CUIDADOS BÁSICOS	39	39
ÁREA MÉDICA QUIRÚRGICA ADULTOS CUIDADOS MEDIOS	96	96
ÁREA CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	22	8
ÁREA CUIDADOS INTERMEDIO ADULTOS	44	36
ÁREA MÉDICA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA CUIDADOS MEDIOS	55	55
ÁREA CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	6	6
ÁREA CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS	6	6
ÁREA NEONATOLOGÍA CUIDADOS BÁSICOS	8	8
ÁREA NEONATOLOGÍA CUIDADOS INTERMEDIOS	16	16
ÁREA NEONATOLOGÍA CUIDADOS INTENSIVOS	10	10
ÁREA OBSTETRICIA	46	46
ÁREA PENSIONADO	15	15
ÁREA PSIQUIATRÍA CORTA ESTADÍA ADULTO	24	24
ÁREA PSIQUIATRÍA CORTA ESTADÍA INFANTO ADOLESCENTE	6	6
TOTAL CAMAS	528	506

Actualmente el 36,3% de las camas UCI adultas están en funcionamiento de una dotación de 22 las cuales fueron visualizadas hace una década como una necesidad de este centro, cabe por lo tanto avanzar en estrategias para la provisión del recurso humano para su funcionamiento .

PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

Indicadores de hospitalización (egresos hospitalarios)

En Chile las cifras de egresos hospitalarios se obtienen a partir del Informe Estadístico de Egreso Hospitalario (IEEH, Decreto N° 1671/2010) cuyo reporte es obligatorio para todos los establecimientos de salud del territorio nacional.

De las estadísticas de Egresos Hospitalarios se obtiene la información sobre causas de hospitalización y variables asociadas, en el Hospital Puerto Montt esta información es facilitada y analizada por el Departamento de Estadísticas Hospitalarias junto a las unidades de Estadística y Análisis Clínico y Codificación GRD respectivamente.

Total Egresos hospitalarios comparados primer semestre 2016-2017

2016	11.235	274	2,44	0,8912	6,8	0,8	1,0	3,8
					3	7	4	4
2017	11.104	266	2,40	0,9079	6,8	0,8	1,0	3,6
					3	7	7	6

Fuente Unidad Estadística HPM - Unidad GRD

Los semestres evaluados muestran una variación de **-1,2 %** en los egresos ,destaca el aumento del PMGRD con discreta disminución de la mortalidad .

PESO RELATIVO

El Peso Relativo es un indicador del consumo esperado de un egreso hospitalario (o un conjunto de egresos hospitalarias) respecto al consumo esperado de un episodio basal que se toma como referencia. El Peso Relativo de un episodio agrupado en un Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD) representa una medida del costo de dicho episodio respecto al episodio promedio. Por ejemplo, si un episodio agrupado en la clase "Parto vaginal sin diagnóstico complicado" tiene un peso relativo de 0,563 significa que su costo esperado es un 56,3% del coste esperado para el episodio promedio. Estos pesos son calculados anualmente para cada revisión de los GRD.

$$\text{PESO GRD} = \frac{\text{Gasto promedio de los pacientes incluidos en ese GRD}}{\text{Gasto promedio de todos los pacientes hospitalizados}}$$

Egresos hospitalarios mensuales primer semestre 2016-2017:

MES	EGRESOS		FALLECIDOS		% MORT.		PM GRD		PDE		IO		IS		IR	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
ENE	1.853	1.870	54	42	2,9	2,2	0,868	0,868	6,95	6,24	87,0	86,2	1,05	1,14	3,85	3,74
			6	7	6	7	3	5			%	%				
FEB	1.759	1.748	34	40	1,9	2,3	0,897	0,904	7,06	6,62	83,0	85,2	1,34	1,19	3,55	3,49
			6	7			6	7			%	%				
MAR	1.875	1.953	49	45	2,6	2,3	0,909	0,909	6,84	6,71	88,6	86,6	0,90	1,08	3,93	3,83
							0	1			%	%				
ABR	1.771	1.735	44	49	2,5	2,8	0,885	0,929	6,78	7,08	88,5	84,8	0,98	1,34	3,73	3,40
							0	4			%	%				
MAY	2.005	1.880	46	39	2,3	2,1	0,905	0,869	6,29	7,14	87,3	88,6	1,07	0,95	4,04	3,72
							7	7			%	%				
JUN	1.972	1.918	47	51	2,4	2,7	0,880	0,9079	6,58	7,18	85,9	91,3	0,88	0,68	3,95	3,80
							7				%	%				
TOTAL	11.23	11.104	274	266	2,4	2,4	0,891	0,907	6,81	6,83	86,8	87,1	1,04	1,06	46,6	44,3
	5						2	9			%	%			3	2

Fuente Unidad Estadística HPM – Unidad GRD

La mayor diferencia de egresos entre el primer semestre 2017 comparado con el 2016 se observa en el mes de marzo con 64 egresos. Se observa una discreta disminución del n° de egresos a contar de Abril del 2017. La variación del PDE (0,71 días) fue mayor en el mes de enero, siendo 0,2% mayor el 2017. La mortalidad global del 1° semestre de 2017 se mantiene sin variación respecto al año anterior. Sin embargo, se alcanzaron cifras elevadas en enero, abril y junio. La complejidad expresada en el peso medio GRD fue un 2% mayor que al año 2016.

DEFINICIONES:

Intervalo de sustitución: es el tiempo promedio que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro.

Índice de rotación o giro de camas: mide el número de pacientes que pasan por una cama hospitalaria en un período de tiempo determinado.

Tasa de Letalidad o tasa de mortalidad: es la relación entre el número de defunciones ocurridas durante un período en un establecimiento y el número de egresos del mismo período.

Promedio días de estada: es el número promedio de días de hospitalización por cada paciente en un período de tiempo dado. Mide cuantos días en promedio está hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta su egreso.

Tabla egresos hospitalarios por Servicio Clínico primer semestre 2016 y 2017:

SERVICIO CLÍNICO	EGRESOS		FALLECIDOS		% MORTALIDAD		PDE		IO		IS		IR	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
OBSTETRICIA	2.070	2.075	-	-	-	-	3,2	3,31	87,5	86,7	0,49	0,51	49,50	47,26
MEDICINA	1.893	2.590	100	113	4,9	4,0	7,6	7,4	93,8	95,3	0,6	0,40	20,91	21,51
CIRUGIA	1.960	2.224	20	48	0,9	2,5	6,25	7,23	100	100	0	0	29,23	26,99
TRAUMATOLOGIA	728	1.192	1	5	0,1	0,8	5,36	5,56	99,1	100	0,11	0	30,81	25,0
NEUROCIRUGIA	695		26	28	3,3	4,2	9,46	9,87	100	99,7	0	0,03	21,69	18,05
GINECOLOGIA	934		-	-	0	0	2,8	3,24	76,2	87,0	1,16	0,55	48,79	43,05
UROLOGIA	345		-	2	0	0,5	5,26	4,35	70,4	58,9	3,9	3,31	18,76	21,05
PEDIATRIA	792	1393	2	1	0	0,1	4,06	4,42	54,5	60,5	4,3	2,98	25,66	24,46
CIRUGIA INFANTIL	603		-	-	0	0	2,59	2,32	42,8	46,5	3,3	2,66	29,76	36,48
PENSIONADO	204	695	-	-	0	0	1,19	1,93	29,7	54,4	0	1,61	0	51,33
NEONATOLOGIA	302	283	2	1	0,6	0,3	3,17	3,17	72,9	73,5	1,77	1,28	41,29	37,38
PSIQUIATRIA ADULTO	172	155	-	-	-	-	28,95	28,95	100	100,0	0	0	7,32	5,77
PSIQUIATRIA I.JUVENIL	42	44	-	-	-	-	-	21,59	-	100,0	0	0	6,96	7,33
TOTAL	10.740	10.651	149	123	1,3	1,4	6,1	6,9	86,8	87,1				

Fuente Unidad Estadística HPM - Unidad GRD IO: INDICE OCUPACIONAL IS: INDICE DE SUSTITUCIÓN IR: INDICE DE ROTACIÓN enero-junio (181días)

Destaca la presencia de seis servicios con índice ocupacional (I.O.) cercano al 100 % situación idéntica al 2016, Medicina, Cirugía, Traumatología, Neurocirugía y Psiquiatría Adulto e Infantil . Este último servicio, durante el año 2017 no será considerado para el reporte del indicador de estancias prolongadas, esto en relación a la definición que el Minsal ha realizado al respecto . Así mismo podemos observar que tres servicios cuentan con I.O. menor a 59%: Pediatría, Cirugía Infantil, Urología. Los servicios que presentan mayor promedio de días de estada (P.D.E.) son Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Infanto Juvenil, Neurocirugía, Medicina y Cirugía. Los servicio con

mayor mortalidad son Neurocirugía 4,2% y Medicina 4%. Hay tres servicios identificados en el organigrama que actualmente no están reflejados con camas asignadas: Neurología ,Otorrino y Oftalmología por tanto su representación es virtual y se realiza a través de la búsqueda de los **egresos por especialidad**, siendo necesario para reflejar correctamente los datos que estos se resten de los egresos de los servicios que si tienen camas asignadas. Un tema importante en los servicios con alto índice ocupacional es la cama “**socio-sanitaria**”, se han reportado 11 casos a través de Gestión Centralizada de Camas durante el semestre con una estancia media de 75 días y con alto consumo de cuidados de enfermería y requerimientos especiales .

Indicadores de Hospitalización Servicio Psiquiatría Corta Estadía 1º Semestre 2017

MES	Dotación	Ingresos	Egresos	PM GRD	PDE	IO	IR	IS
ENERO	24	34	28	0,5580	27,36	110.5%	1,07	- 2.79
FEBRERO	24	32	29	0,5305	15,93	111.0%	1,10	- 2.55
MARZO	24	31	26	0,5874	22,23	119.9%	0,92	- 5.69
ABRIL	24	28	19	0,6361	45,58	100,0%	0,66	
MAYO	24	23	34	0,5552	30,41	100,0%	1,28	
JUNIO	24	30	19	0,5836	41,16	100,0%	0,73	
TOTAL	24	178	155	0,5751	28,95	113.9%	11,59	- 3.61

Fuente Unidad Estadística HPM IO: INDICE OCUPACIONAL IS: INDICE DE SUSTITUCIÓN IR:INDICE DE ROTACIÓN

Especial análisis requiere el servicio de Psiquiatría cuya dotación de camas es de 24, no obstante mantiene un I.O. permanente sobre el 100% en el semestre, el sobre uso de las camas (camillas u otros dispositivos) es de un 14% ; del total de los pacientes hospitalizados se ha observado que un 30% de ellos corresponde “**pacientes judicializados**” con patología mental. Estos generan estancias prolongadas y someten a un gran estrés y alta carga laboral de los funcionarios del servicio. Para este tema se está trabajando en la creación de una mesa intersectorial para abordar dicha materia.

Indicadores de Hospitalización Servicio Psiquiatría Infanto Juvenil Corta Estadía

MES	Dotación	Ingresos	Egresos	PM GRD	PDE	IO	IR	IS
ENERO	6	5	4	0,5991	20.75	100,0%	0,67	-
FEBRERO	6	6	6	0,8844	38.50	100,0%	1,00	-
MARZO	6	11	12	0,6084	14.67	100,0%	2,00	-
ABRIL	6	9	8	0,6844	23,38	100,0%	1,33	-
MAYO	6	6	6	0,4976	16,83	100,0%	1,00	-
JUNIO	6	8	8	0,8734	21,50	100,0%	1,33	-
TOTAL	6	45	44	0,6585	21.59	100%	14,83	-

Fuente Unidad Estadística HPM IO: INDICE OCUPACIONAL IS: INDICE DE SUSTITUCIÓN IR:INDICE DE ROTACIÓN

El servicio de Servicio Psiquiatría Infanto Juvenil Corta Estadía, tiene una dotación de 6 camas, también presenta un índice ocupacional alto y el I.O. en el semestre fue de 100% y el PDE fue de 21,59 días.

Egresos hospitalarios Unidades Críticas primer semestre 2016-2017:

UNIDAD CRÍTICA	EGRESOS		FALLECIDOS		% MORT.*		PDE		IO		IS		EDAD MEDIA		PM GRD	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
UCI ADULTOS	97	70	84	50	31,2	22,9	8,1	6,1	96,4	96,9	0,3	0,2	59,0	59,3	3,9	3,59
UTI NEUROCIR.	16		6		2,1		6,9		96,0		0,2	0,5	59		2,5	2,14
UTI ADULTOS	148	206*	19	35	3,2	9,0	4,7	4,9	95,8	96,1	0,2	0,2	60	57	1,7	2,30
UCI NEO.	27	12	10	6	6,7	4,6	9,1	10,2	84,1	81,2	2,0	2,6	0,0	0,2	2,9	3,69
UTI NEO.	165	120	1	1	0,4	0,4	8,5	9,5	95,1	87,8	0,4	1,4	0,0	0,0	1,5	1,97
UCI PEDIATRIA	30	18	3	1	2,4	0,9	4,4	4,6	56,0	68,1	3,6	3,2	4,3	6,2	1,4	1,74
UTI PEDIATRIA*	12	25	0	3	0	2,7	4,7	4,6	42,8	62,1	5,2	3,7	5,6	5,9	2,2	1,70
TOTAL	495	451	123	96	5,8	5,3	5,8	6,2	70,7	84,8	1,5	1,5	48	49	2,8	2,85

Fuente Unidad Estadística HPM - Unidad GRD IO: INDICE OCUPACIONAL IS: INDICE DE SUSTITUCIÓN IR: INDICE DE ROTACIÓN

Los egresos de las camas críticas representan el 15,6% de los egresos en el 2017 y el 14,4% en el año 2016. La mortalidad en las UTIs adultos ha mostrado variaciones debido a la distribución de casuística por especialidad aumentando la mortalidad de **3,2 % a 9%**; se observa disminución de la mortalidad en UCI Adultos, UTI Neuroquirúrgica, UCI Neo y UCI Pediátrica respectivamente .

EL PDE para el total de camas críticas aumento en 0,5 días, aumentando en la UCI-UTI neonatal en 1 día . Los pesos medios GRD se mantienen altos en todas las UTIS, manteniendo la UCI adultos y UCI neonatal los PMGRD más elevados.

La UTI quirúrgica comenzó a funcionar en marzo 2017 sus indicadores se evaluarán en el próximo informe .

La UTI Pediátrica no funciono durante febrero -marzo 2016 el período evaluado corresponde a enero, abril, mayo, junio.

*El % de mortalidad se calcula sobre el total de egresos+traslados

** Durante el año 2017 las UTI se reportan

EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA:

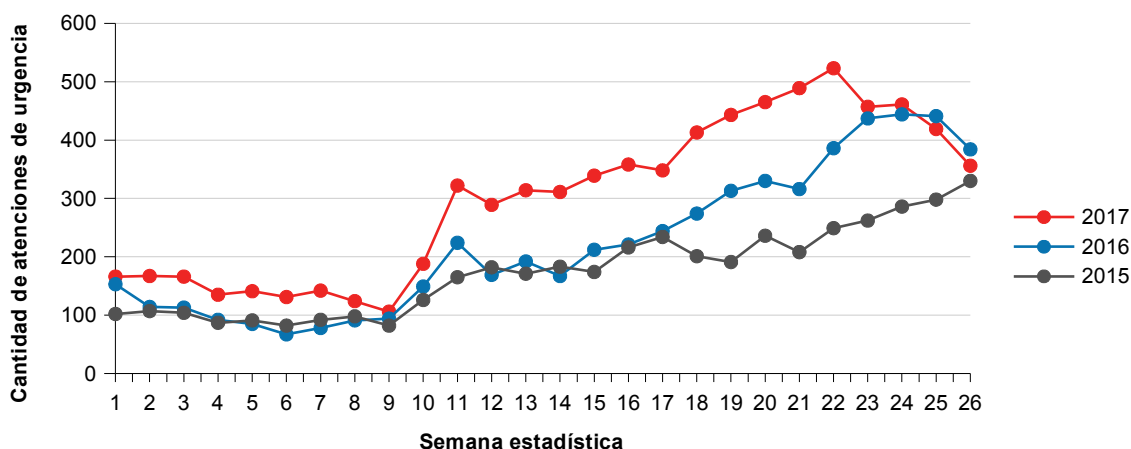
Enfermedades de notificación obligatoria semana epidemiológica N° 26.

La Vigilancia Epidemiológica se entiende como el proceso, a través del cual se realiza la recolección de datos, su análisis, interpretación y difusión de información sobre un problema de salud determinado, siendo una herramienta esencial para la toma de decisiones. Chile tiene una larga tradición en la vigilancia de salud pública que ha contribuido a: la reducción de la incidencia y prevalencia de problemas de salud priorizados, contener la propagación de enfermedades y evitar el reingreso de patologías eliminadas y re-emergentes.

Dentro de estos logros se pueden destacar el control de la circulación de la rabia urbana en el país, desde el año 1972, la eliminación de la circulación de Poliovirus salvaje (1975) y la eliminación de la rubeola congénita (últimos casos el año 1998)

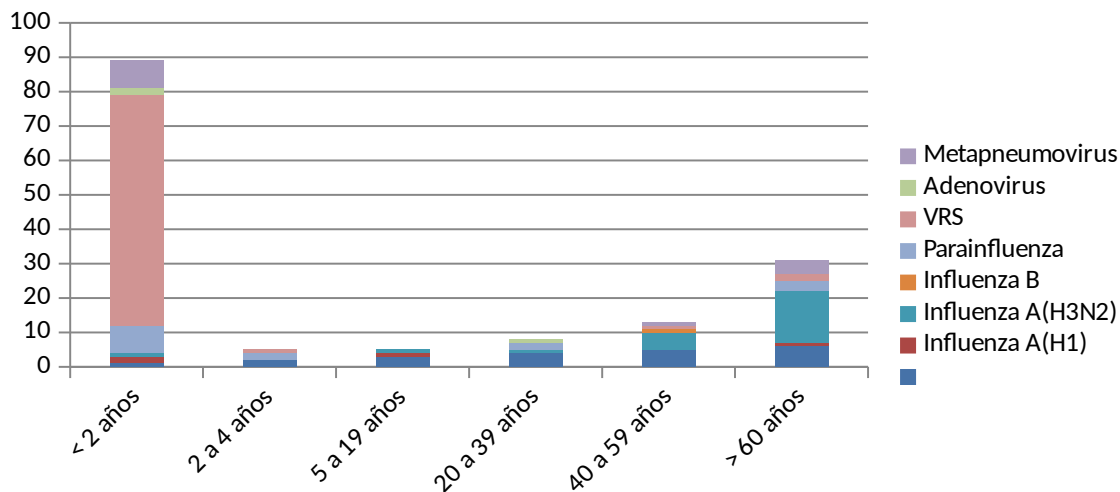
Para lograr cumplir con esta función se requiere de una red de vigilancia que desde todos los niveles de atención cuente con las capacidades para detectar, evaluar, verificar, analizar, notificar y difundir información, relacionada con eventos de importancia en salud pública, tales como la identificación de casos de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO), brotes de enfermedades infecciosas, intoxicaciones por plaguicidas, y otros, así como también sea capaz de movilizarse para realizar las medidas de control cuando éstas sean necesarias. A continuación se muestra la situación local de virus respiratorios Semana epidemiológica 1-26 (1er semestre) Hospital de Puerto Montt

Gráfico 1.- Número de consultas de urgencia por todas las causas respiratorias en hospital de Puerto Montt Semana epidemiológica 1-26, año 2015-2017.



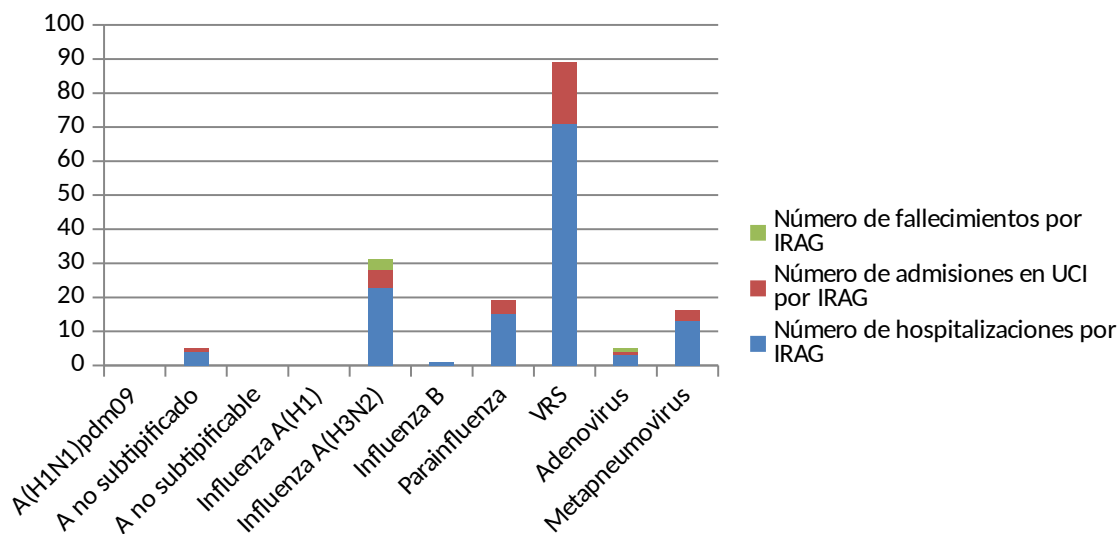
Fuente : Deis-atenciones de urgencia hospital puerto montt

Gráfico 2.-Distribución de virus respiratorios, según grupo etario, Hospital de Puerto Montt, SE 1-26 año 2017.



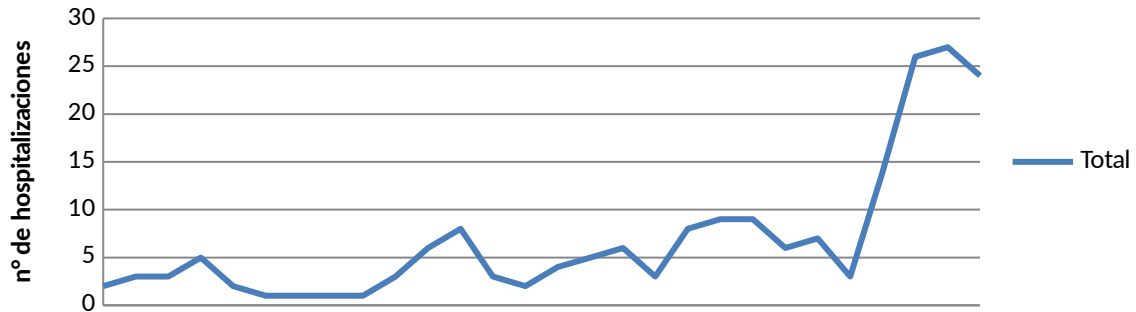
Fuente : Unidad Epidemiología HPM

Gráfico 3.- Distribución de pacientes hospitalizados, admisiones en UCI y fallecidos a causa de virus respiratorios en Hospital de Puerto Montt, SE 1-26, año 2017



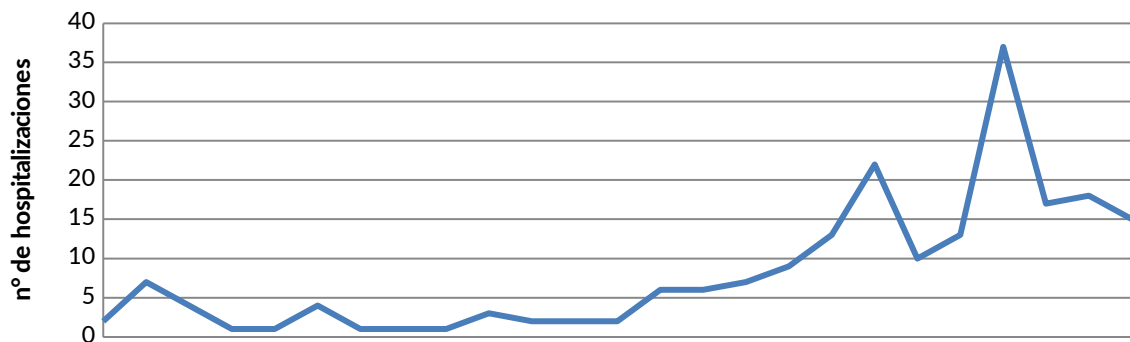
Fuente : Unidad Epidemiología HPM

Gráfico 4.- Distribución total de hospitalizaciones por IRAG en pacientes adultos, SE 1-26 año 2017 en Hospital de Puerto Montt.



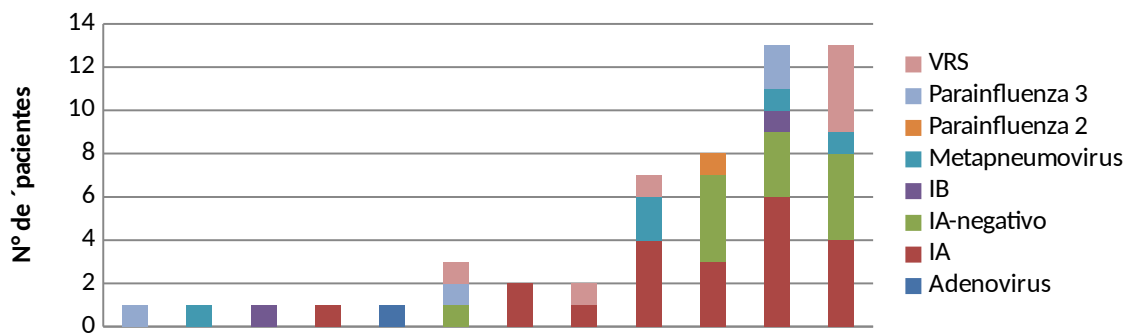
Fuente : Unidad Epidemiología HPM

Gráfico 5.- Distribución total de hospitalizaciones por IRAG en pacientes pediátricos, SE 1-26 año 2017 en Hospital de Puerto Montt.



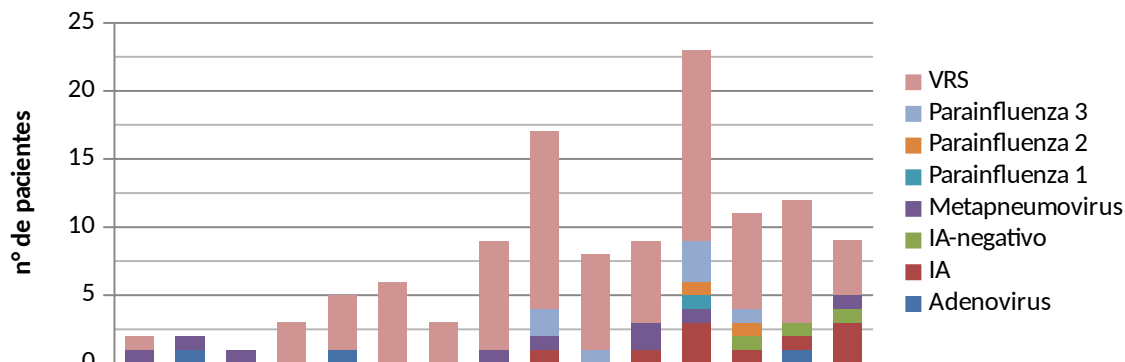
Fuente : Unidad Epidemiología HPM

Gráfico 6.- Distribución de virus respiratorios por semanas epidemiológicas en pacientes hospitalizados adultos en hospital de Puerto Montt, SE 1-26, año 2017.



Fuente : Unidad Epidemiología HPM

Gráfico 7.- Distribución de virus respiratorios por semanas epidemiológicas en pacientes hospitalizados pediátricos en hospital de Puerto Montt, SE 1-26, año 2017.

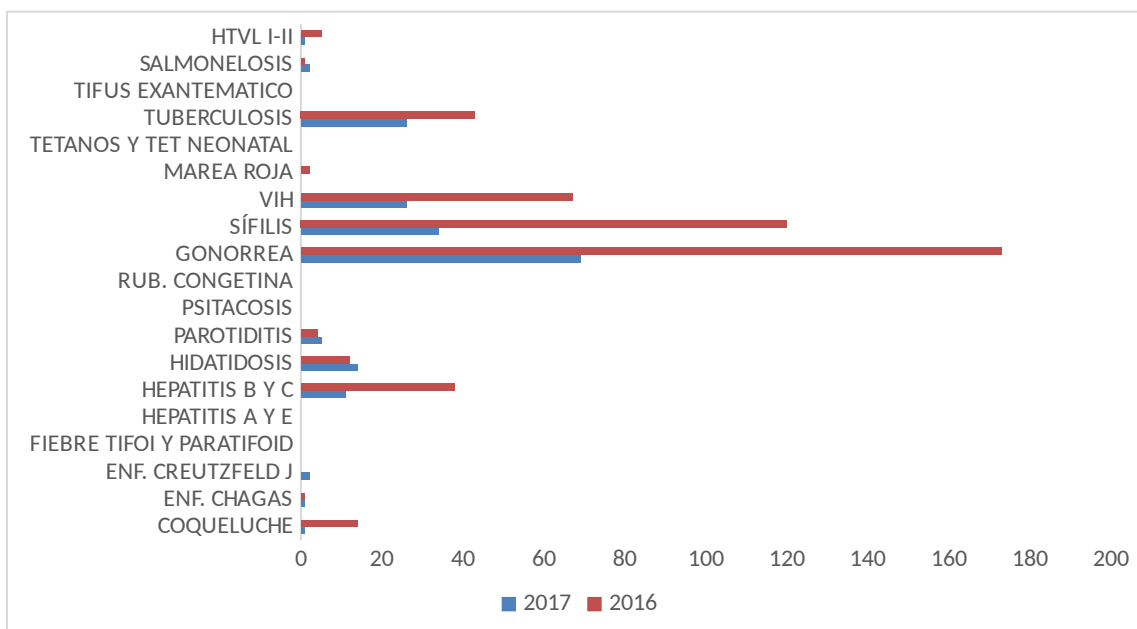


Fuente : Unidad Epidemiología HPM

Enfermedades de Notificación obligatoria (ENO)

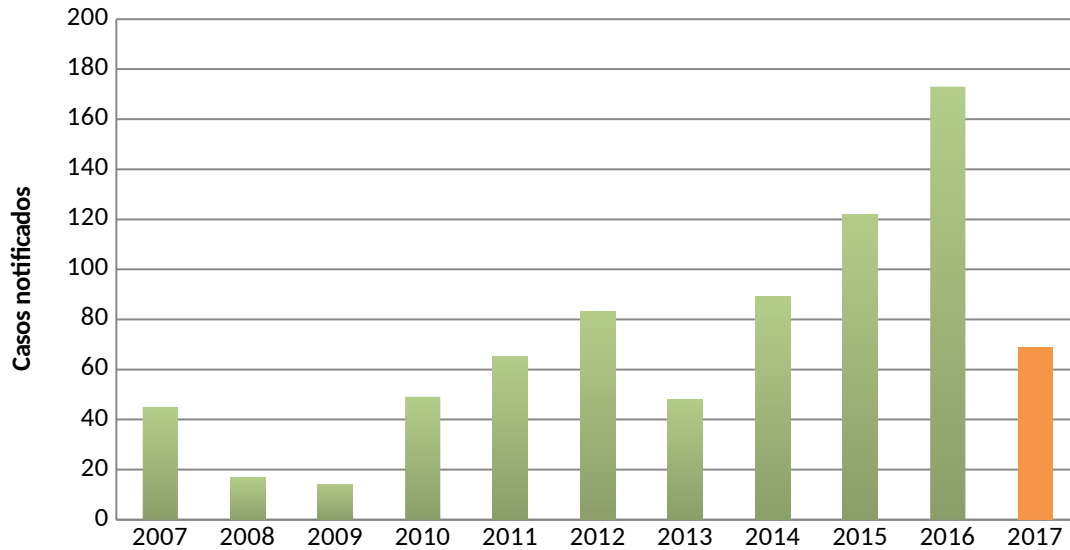
Dentro de este reporte se encuentra la estadística de los casos documentados por la Unidad de Epidemiología de HPM desde la Semana Epidemiológica (SE) número 1 a la 26 del año 2017, en comparación con los datos registrados del año 2016.

Gráfico 8.-Distribución de enfermedades de notificación obligatoria diaria, Hospital de Puerto Montt, semana epidemiológica 1-26 año 2017, versus total año 2016.



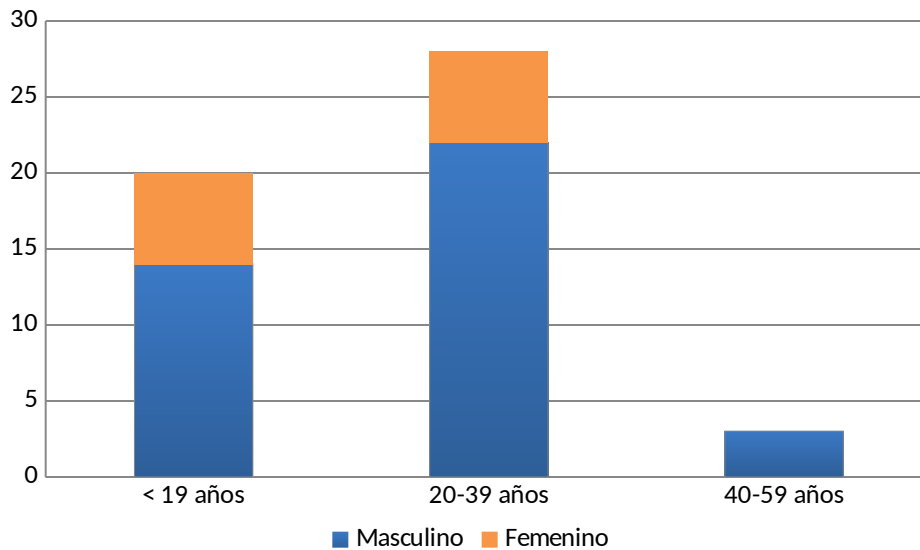
Fuente : Unidad Epidemiología HPM

Gráfico 9.- Distribución de casos de gonorrea notificados en HPM, periodo 2007 a SE 26 año 2017 (1er semestre).



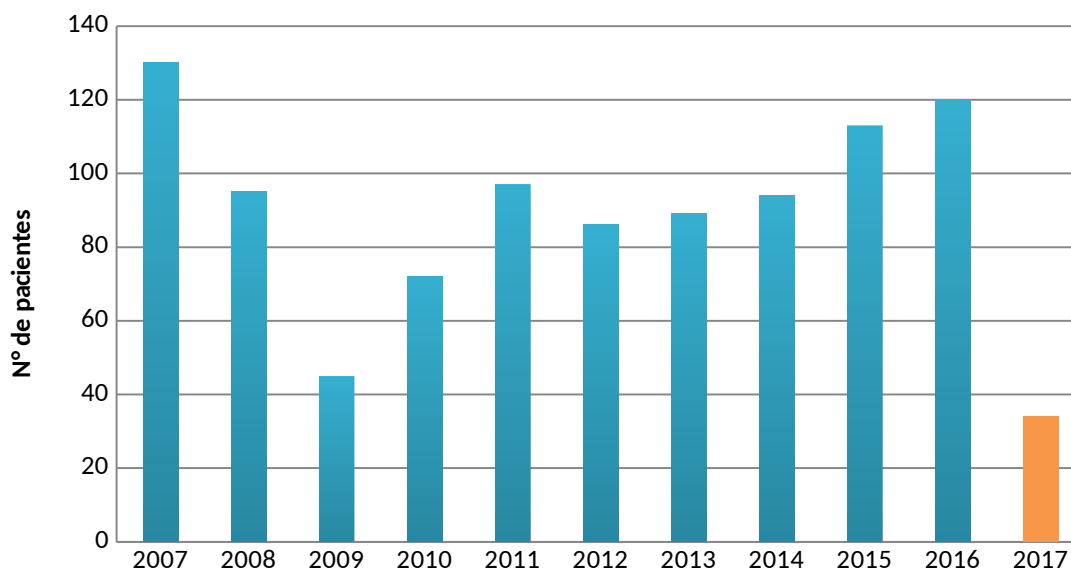
Fuente : Seremi-Salud-Filemaker-Unidad epidemiología HPM

Gráfico 10.- Distribución de casos de Gonorrea según rango de edad notificados en hospital de Puerto montt, semana epidemiológica 1 a las 26, año 2017.



Fuente : Unidad Epidemiología HPM

Gráfico 11.- Distribución de casos de Sífilis notificados en HPM, periodo 2007 a SE 26 año 2017 (1er semestre).



Fuente : Seremi-Salud-Filemaker-Unidad epidemiología HPM

Entre los casos reportados de enfermedades infectocontagiosas de declaración obligatoria, se encuentran aquellas de notificación diaria, tales como Gonorrea, Sífilis y VIH (Gráf. 9 al 11), enfermedades de alta prevalencia a nivel regional. Es por esto que en conjunto con el equipo de Matronería del CAE de Infección de Transmisión Sexual (ITS), se trabaja en conocer el perfil epidemiológico de los pacientes, para contar con mejores herramientas de abordaje y prevención. De los casos de notificados el año 2017:

- La edad promedio al momento de pesquisa de los pacientes es de 25 años y el 50% tiene 21 años o menos.
- El 37.7% de los casos de gonorrea notificados en HPM son menores de 19 años, de un total de 69 casos durante el 1er semestre del presente año.
- La proporción según sexo en la comuna de Puerto Montt, por cada caso femenino hay 3,6 casos masculinos.

Además dentro de las enfermedades de notificación obligatoria, de carácter inmediato, se encuentran las enfermedades Meningocócicas y Meningitis, se presentaron variaciones en cuanto al año pasado en relación a cantidad de casos y en aparición según SE.

En total: 3 casos de Meningococemias, 4 casos de Meningitis Bacterianas, 2 casos sospechosos descartados, reportados hasta la fecha. De estos, 2 casos fueron reportados desde pediatría (1 Mb y 1 EM), ninguno con resultado de muerte. (Graf.12).

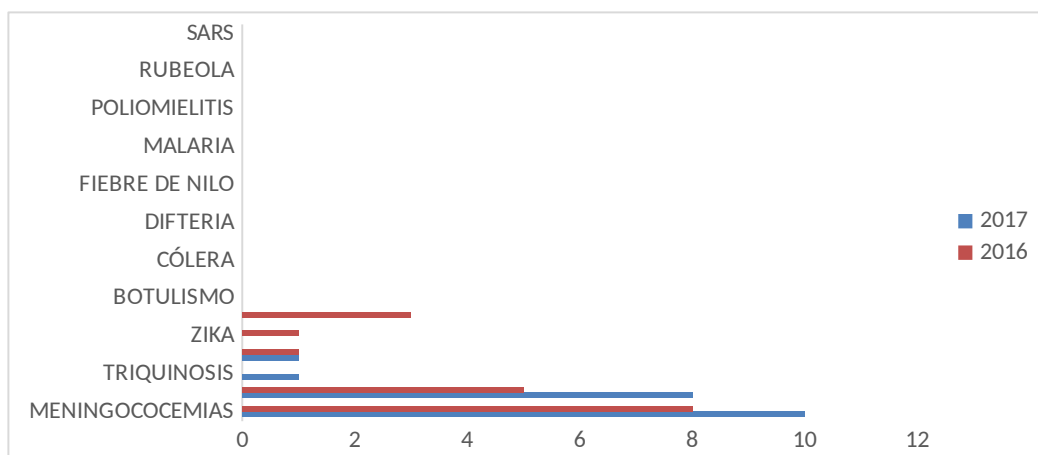
Infeción por virus Hanta.

Desde las primeras semanas del año 2017 registramos un aumento importante de casos de Síndrome Cardio Pulmonar por Hanta Virus, considerando también las sugerencias del Departamento de Epidemiología de la Subsecretaría de Salud Pública para la detección precoz, tratamiento y notificación de casos desde su sospecha clínica, la Unidad de Epidemiología en conjunto con el servicio de Laboratorio del HPM elaboró una base de datos con todos los formularios de sospecha de Hanta virus donde el médico solicitante debe registrar la sintomatología básica para fundamentar sus hipótesis diagnóstica.

Esto fue confeccionado como un documento válido y recomendado para solicitar el test rápido de Hv con el fin de orientar al equipo médico ante la existencia de evidencia clínica de un caso sospechoso.

La Unidad de Epidemiología de la SEREMI de Salud Los Lagos entrega continuamente capacitaciones con el fin de mantener activo un sistema de alerta sensible a la sospecha de casos y que se utilice herramientas básicas como la solicitud de un hemograma y/o radiografía de tórax previo a derivar un caso sospechoso para un Test rápido de Hv y principalmente orienta las prácticas preventivas.

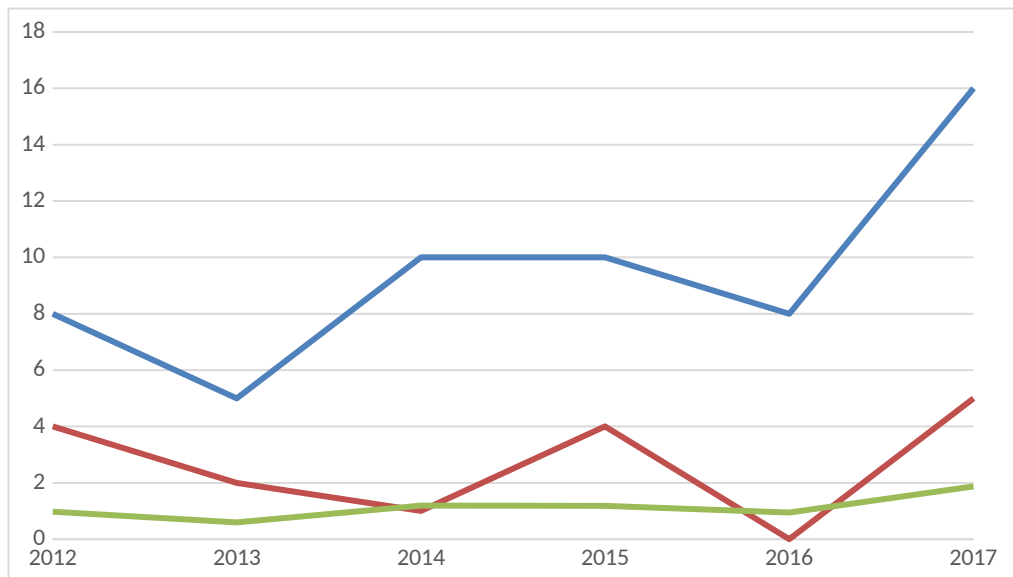
Gráfico 12. Distribución de notificaciones inmediatas recibidas por la unidad de Epidemiología desde la semana estadística 1 a la 26 del 2017 en HPM, comparadas con el total de notificaciones año 2016.



Fuente : Unidad Epidemiología HPM

Este año a la SE 26 se han reportado 8 casos de Hanta virus en Puerto Montt, de los cuales 3 personas han fallecido, de un total de 5 en la región de los Lagos (Graf.13). La Unidad de Epidemiología en conjunto con la SEREMI de salud intensificó las medidas para mejorar el pronóstico de nuestros pacientes mediante las “1º Jornadas de Epidemiología de Los Lagos” iniciativa que reunió a equipos de salud a nivel regional para actualizar contenidos sobre Hanta y otros.

Gráfico 13.- Distribución de casos de Hantavirus en la región de los Lagos periodo 2012-2017.

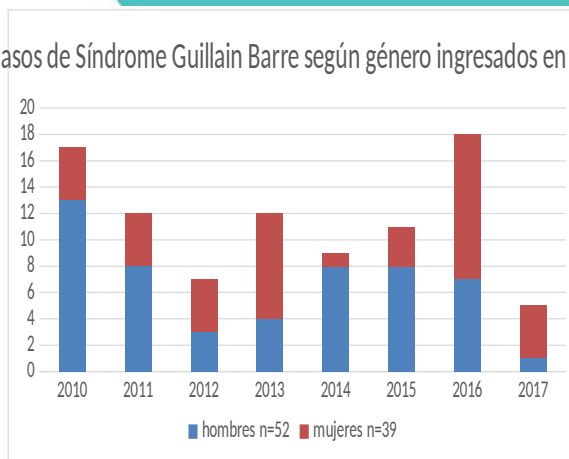


Fuente : Seremi de Salud región de los Lagos

Este año también se comenzó a trabajar en el registro de pacientes con diagnóstico de parálisis flácida aguda (PFA) no traumática o Síndrome Guillain Barré y sus variantes. Este estudio de casos hospitalizados en el Hospital de Puerto Montt de carácter retrospectivo, logrando la búsqueda de casos hasta el año 2010, el objetivo propuesto es la caracterización de los casos y de su estadía hospitalaria. Intentando extraer la mayor cantidad de información desde su ficha clínica. Este estudio aun no finaliza pero es posible tener algunas conclusiones que se grafican a continuación. (gráf. 14)

Gráfico 14.- Distribución de casos de Pacientes hospitalizados en Hospital Puerto Montt con Síndrome de Guillain Barré, periodo 2010-2011.

Distribución de casos de Síndrome Guillain Barre según género ingresados en HPM 2010- 2017.



Fuente : Unidad Epidemiología HPM

Fuente : Egresos hospitalarios, hospital de puerto Montt

La distribución de los días de estada se ubica entre 1 a 5 días, con una media de 2 días, además el 75% de los pacientes se hospitaliza 9 días o menos.

CONSULTAS ATENCIÓN ABIERTA

Este año 2017 las consultas del adulto representaron el 72,8% del total con un aumento de un 17,5% y 11,7% las consultas gineco obstétricas, las consultas pediátricas disminuyeron un **-7,4%** . Es importante señalar que hubo un cambio en los registros REM este año 2017 agrupando las consultas por especialidad lo que puede generar variaciones en la comparación 2016 -2017 lo que debe normalizarse en los períodos siguientes .

Consultas de Especialidades (CAE) 1° semestre 2016 y 2017

TIPO DE CONSULTA	PRIMER SEMESTRE		
	Año 2016	Año 2017	variación %
Pediatricas	14.868	13.761	-7,4%
Adulto	57.561	67.661	17,5%
Gineco Obstetricas	8.222	9.180	11,7%
TOTAL	80.651	90.602	12,3%

Fuente Unidad Estadística HPM

Consultas Unidad Emergencia Hospitalaria

Respecto del total de las consultas de la UEH este primer semestre aumento en un **1,10 %** respecto del año anterior ; la variación negativa se observa en la consulta Gineco-Obstétrica con un **-6,2%** en el año 2017. Las consultas pediátricas aumentaron un 3,7% y las adultas un 0,29% el año 2017 y ambas representan el 91,86% de las consulta de la UEH.

Consultas médicas Unidad de Emergencia 1° semestre 2016 y 2017

CONSULTAS MÉDICAS UEH	PRIMER SEMESTRE		
	Año 2016	Año 2017	variación %
Pediátricas	20.081	20.848	3,7
Adulto	27.588	27.670	0,29
Gineco Obstetricas	4.562	4.297	-6,2
TOTAL	52.231	52.815	1,10

Fuente Unidad Estadística HPM

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

La producción quirúrgica evidencia un aumento de 1 % en el primer semestre del año 2017, en comparación con el mismo periodo del año anterior.

Producción quirúrgica 1° semestre 2016 y 2017

	TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	2.016	2.017	Variación
I	CIRUGIA ABDOMINAL	1.519	1.964	29%
II	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	1.102	1.346	22%
III	CIRUGIA OFTALMOLOGICA	1.008	1.141	13%
IV	CIRUGIA OBSTETRICA	669	628	-6%
V	NEUROCIRUGIA	363	607	67%
VI	CIRUGIA UROLOGICA Y SUPRARRENAL	498	603	21%
VII	CIRUGIA OTORRINOLOGICA	414	426	3%
VII I	CIRUGIA GINECOLOGICA	327	391	20%
IX	ODONTOLOGIA (COD 27-03+COD 27-02-001) Aranc.Fonasa	185	302	63%

X	CIRUGIA CARDIOVASCULAR	268	300	12%
XI	CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	446	266	-40%
XII	TEGUMENTOS	1.268	165	-87%
XIII	CIRUGIA TORAXICA	131	149	14%
XI V	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	149	128	-14%
XV	XVI RETIRO ELEMENTOS OSTEOSINTESIS	117	88	-25%
XV I	CIRUGIA DE LA MAMA	70	85	21%
XV I	CIRUGIA PROCTOLOGICA	78	82	5%
	TOTAL	8.612	8.671	1%

Fuente Unidad Estadística HPM

La tabla muestra variaciones significativas en las especialidades Neurocirugía, Odontología, Cirugía abdominal, Traumatología, Cirugía de mama, Cirugía Urológica.

Producción quirúrgica. Cirugía mayor ambulatoria (CMA) 1° semestre 2016 y 2017

TIPO DE INTERV. QUIRURGICA	PRIMER SEMESTRE		
	Año 2016	Año 2017	variación %
Menor de 15 años	471	378	-19,7
Mayor de 15 años	1.126	1.778	57,9
TOTAL	1.597	2.156	35,0

Fuente Unidad Estadística HPM

La cirugía mayor ambulatoria presenta un aumento global de un 35,0 % este incremento fue del 57,9% en el mayor de 15 años. Se observa variación negativa en CMA en el menor de 15 años.

ACTIVIDAD OBSTÉTRICA

En general se observa una disminución de un 3,8 % de los partos en el primer semestre 2017 en comparación con el año 2016, respecto de las cesáreas la tasa del primer

semestre 2016 es de un 29,5% y durante el año 2017 fue de un 30,8% aumentando un 1,3% el presente año. El parto distócico (fórceps) disminuye un 39,1% respecto del año 2016.

Partos según tipo. 1º semestre 2016 y 2017

TIPO DE PARTO	PRIMER SEMESTRE		
	Año 2016	Año 2017	variación %
Normal vaginal	1.167	1.111	-5,0
Distocico vaginal	32	23	-39,1
Cesarea	503	505	0,4
TOTAL	1.702	1.639	-3,8

Fuente Unidad Estadística HPM

% Cesáreas sobre total partos HPM
Enero - Junio 2017



Fuente: Servicio de Obstetricia y Ginecología 2017. TMM/JCM

Es importante señalar que las tasas de cesáreas sobre parto vaginal que ha alcanzado el hospital de Puerto Montt están entre las más bajas del país con un promedio de **30.8%** en el 1º semestre del 2017. Los números son auspiciosos y permiten proyectar un 2017 con una cifra que estará cerca del 30%. Las unidades de alto riesgo obstétrico y de partos del hospital han tenido un compromiso constante y de larga data respecto a estas cifras logrando contener y disminuir el aumento del porcentaje de cesáreas observado el

2008 (38%). Esto se ha logrado focalizando el control de la primera cesárea en las pacientes con cicatriz previa sin causa permanente.

UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA

El proceso de atención de urgencia es el conjunto de actividades clínicas y administrativas que se llevan a cabo en la Unidad de Emergencia Hospitalaria. Tiene como objetivo brindar cuidados de salud a un paciente que necesita atención médica inmediata. El proceso se inicia ya sea por demanda espontánea, derivación desde un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), hospital de baja complejidad, hospital de la red o desde el SAMU.

Etapas del Proceso :

- El proceso se inicia con la **Admisión del Paciente**, la cual se difiere si el paciente está grave.
- Proceso de **Coordinación de Actividades** y el proceso de **Atención y Entrega de Información a familiares**, acompañantes y/o tutor, ambos están presentes durante toda la estadía del paciente en la Atención de Urgencia
- Luego de la Admisión, el paciente ingresa al **Selector de demanda**, cuyo objetivo es categorizar el nivel de urgencia del paciente con la finalidad de determinar que tan rápido debe ser atendido.
- Posterior a la categorización, continúa la **Evaluación Médica**, Proceso en el cual el paciente recibe la atención directa de un profesional de salud. Considera la realización de la anamnesis (recopilación de antecedentes clínicos personales, familiares y sociales si corresponde) la identificación del motivo de consulta, la sintomatología, la realización del examen físico, la definición de un diagnóstico clínico o sospecha diagnóstica y el Plan terapéutico. Todo lo anterior, con el debido registro en la ficha clínica del paciente y la emisión de la documentación que asegure la gestión de indicaciones establecida.
- En algunos casos, el paciente necesita ser derivado al **proceso de Observación**, en donde el equipo de salud después de un tiempo evaluará su evolución y pasos a seguir.

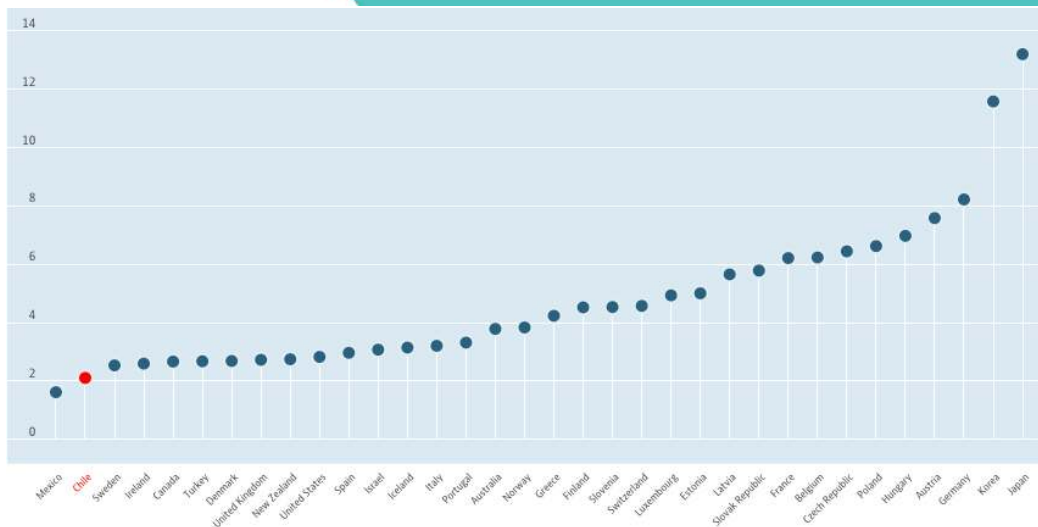
- Finalmente se procede a dar el alta al paciente, **Alta Clínica y Alta Administrativa**, que consiste en la entrega de los certificados e indicaciones al alta y el pago de la atención en caso que corresponda.

La unidad de emergencia hospitalaria (UEH) no solo atiende la demanda de personas con patologías que deben ser diagnosticadas y manejadas en forma inmediata si no también toda aquella demanda no satisfecha generada en el resto de la red. Con un número de **110.000 consultas** por año la UEH realiza casi la misma cantidad de atenciones que el Consultorio Adosado de especialidades (CAE).

Desde hace mucho que observamos el colapso de la UEH, es decir, el flujo normal y expedito se ralentiza a tal punto que se paraliza, lo que se traduce en tiempos de espera prolongados con falta de oportunidad de atención y una percepción negativa por parte del usuario. Es evidente que a pesar de la categorización el gran número de consultas no logra ser priorizado convirtiéndose en una demanda abrumadora que sobrecarga la oferta de la UEH, y por otro lado, la falta de camas disponibles para hospitalizar obstruye (**access block**) el proceso generando hospitalizaciones en la UEH.

Entre los 36 países de la OECD, el nuestro dispone de **2.1 camas** por 1000 habitantes (ver gráfico adjunto). El Servicio de Salud del Reloncaví presenta una cifra de **1.7** para este indicador considerando la totalidad de sus camas.

Con todo, el “access block” también se observa en aquellos lugares donde se dispone de más camas por habitante. El déficit de camas es evidente, lo sabemos. ¿Qué podemos hacer?, definitivamente hospitalizar lo que necesita ser manejado dentro del centro hospitalario y no en otro lugar, esto implica **consensos y definiciones**, así como también el involucramiento activo de los jefes de servicio para conocer, analizar y controlar los indicadores de su unidad. También está la unidad de hospitalización domiciliaria como una alternativa importante a esta sobrecarga de uso de camas hospitalarias. No hay recetas de cocina para resolver este problema, pero es urgente y necesario gestionar flujos expeditos e innovadores para evitar que el colapso amenazante se convierta en una realidad establecida y sea parte de la desesperanza aprendida de los usuarios y prestadores.



ACTIVIDAD PRODUCTIVA UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA

CONSULTAS UNIDAD EMERGENCIA HOSPITALARIA

CONSULTAS MÉDICAS UEH	PRIMER SEMESTRE		
	Año 2016	Año 2017	variación %
Pediátricas	20.081	20.848	3,7
Adulto	27.588	27.670	0,29
Gineco Obstetricas	4.562	4.297	-6,2
TOTAL	52.231	52.815	1,10

Fuente Unidad Estadística HPM

Durante el primer semestre 2017 las consultas aumentaron un 1,10 % respecto del año anterior, para cumplir con el indicador de oportunidad de la atención debe categorizarse a los pacientes adultos y pediátricos esta actividad se cumple en un **95%** en los adultos y **98%** en los pacientes infantiles cumpliendo con la meta esperada de un 90% para el año 2017. La categorización de la atención en las UEH, ha permitido entregar atención en forma prioritaria a los pacientes que más lo necesitan, de acuerdo a la clasificación de su nivel de gravedad. Sumado a lo anterior, esta categorización ha dado cuenta del perfil de los consultantes; en el adulto los pacientes C1 corresponden a un 1,91 % de la consulta, los C2 al **16,7 %** y los C3 al **54%** los pacientes C4 y C5 suman un 24% de la consulta de la UEH estos últimos debieran ser atendidos en otros dispositivos de menor complejidad de la red.

CATEGORIZACIÓN PACIENTES ADULTOS (15 Y MAS AÑOS)

CATEGORÍAS	Primer Semestre		Porcentaje	
	2016	2017	2016	2017
C1	363	532	1,32%	1,91%
C2	5.366	4.659	19,45%	16,75%
C3	13.344	15.029	48,37%	54,04%
C4	7.543	6.369	27,34%	22,90%
C5	334	394	1,21%	1,42%
Sin Categorización	638	830	2,31%	2,98%
TOTAL CONSULTAS	27.588	27.813	100,00%	100,00%
% PACIENTES CATEGORIZADOS			96,48%	95,60%

Fuente Unidad Estadística HPM

Respecto del perfil de los consultantes pediátricos el paciente C1 corresponden a un 0,20% % de la consulta ,los C2 al 4,5% y los C3 al 54% los pacientes C4 y C5 suman un 41% de la consulta de la UEH estos últimos debieran ser atendidos en otros dispositivos de menor complejidad de la red .

CATEGORIZACIÓN PACIENTES INFANTILES (0-14 AÑOS)

CATEGORÍAS	Primer semestre		Porcentaje	
	2016	2017	2016	2017
C1	14	42	0,07%	0,20%
C2	991	940	4,94%	4,51%
C3	10.809	11.124	53,83%	53,38%
C4	7.934	8.354	39,51%	40,09%
C5	174	193	0,87%	0,93%
Sin Categorización	159	186	0,79%	0,89%
TOTAL CONSULTAS	20.081	20.839	100,00%	100,00%
% PACIENTES CATEGORIZADOS			98,34%	98,18%

Fuente Unidad Estadística HPM

La clasificación de pacientes previa a la atención en la UEH,es la puerta de entrada a una atención oportuna. Por tanto, debe aplicarse en forma rápida, con el propósito de obtener

un valor predictivo de la complejidad del cuadro clínico. Si analizamos los pacientes que consultan en la UEH, la categorización y los requerimientos de hospitalización, los resultados según los registros de nuestros sistemas informáticos (Experto) muestran los siguientes porcentajes de hospitalización: De los Pacientes Adultos categorizados C1 se hospitaliza un 72% y un 2,5 % fallece (para el 25% de diferencia entendemos que dada la gravedad de estos pacientes debe ubicarse una cama en la red ,o comprar camas si no se dispone de ella) ,de los Pacientes infantiles categorizados C1 se hospitaliza un 86% no se reporta mortalidad en este grupo y no tenemos antecedentes de compra de camas para el 14 % restante (6 casos) .

PORCENTAJE DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN CATEGORIZACIÓN PRIMER SEMESTRE 2017

Categorización	ADULTOS	%Fallecidos	INFANTIL	%Fallecidos
C1	72%	2,46%	86%	0%
C2	56%	0,46%	48%	0%
C3	26%	0,06%	13%	0%
C4	7%	0,0%	7%	0%
C5	8%	0,0%	3%	0%
Sin /CAT	13%	0,0%	8%	0%

Fuente Unidad Estadística HPM

De los pacientes Adultos C2 se hospitaliza un 56% y fallece un 0,46%, de los pacientes infantiles de esta categoría se hospitaliza un 48% y no hay fallecidos. Del total de pacientes adultos categorizados C3 (que corresponden 54% del total de consultas de la UEH) se hospitaliza un 26% y fallece un 0,06%, un 13 % de los pacientes infantiles de esta categoría se hospitaliza .De los pacientes adultos categorizados C4y C5 se hospitaliza un total 15 % y un 10% de los pacientes pediátricos, probablemente se deba al agravamiento de los signos y síntomas del paciente de estas categorías, no obstante se hace necesario revisar el protocolo de categorización y su correcta aplicación. **Llama la atención que un 13% de pacientes adultos no categorizados (108 pacientes) y un 8% de pacientes infantiles (15 pacientes) se hospitalice**, quedando un grupo de riesgo sin la oportunidad de acceder al proceso de Hospitalización afectando directamente el pronóstico de recuperación y generando además la necesidad de comprar camas alterando significativamente la costo eficiencia de esta actividad asistencial .

No hemos mencionado los tiempos de espera. La categorización lleva implícita una priorización del tiempo de espera para la atención.

Como se puede observar un paciente categorizado como C 1 o C 2 tiene una probabilidad de hospitalización mayor al 50%. El problema es donde hospitalizarlo, esto básicamente en

el grupo etéreo De los adultos. Las alternativas son dos, en un servicio clínico (repartido en algunas de las áreas o unidades funcionales) o en la unidad de emergencia hospitalaria. Si los índices ocupacionales de los principales servicios como medicina, cirugía y unidades críticas permanecen cercanos al 100% indudablemente la unidad de emergencia “amortigua” el impacto negativo de esta falta de disponibilidad de camas y a la vez la enmascara, porque el egreso de la unidad de emergencia no es reconocido como tal.

3.- EGRESOS UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA PRIMER SEMESTRE

Mes	Egresos					Egresos Total	Peso Medio GRD					Peso Medio GRD Total
	2013	2014	2015	2016	2017		2013	2014	2015	2016	2017	
ENE	191	122	94	59	142	608	0,649 7	0,667 2	0,589 3	0,590 5	0,659 0	0,6403
FEB	145	121	86	88	130	570	0,711 3	0,606 6	0,610 5	0,596 3	0,587 7	0,6279
MAR	176	154	109	97	159	695	0,604 5	0,644 9	0,654 1	0,609 0	0,627 5	0,6271
ABR	163	150	94	106	125	638	0,635 8	0,618 0	0,648 5	0,624 0	0,587 4	0,6220
MAY	175	171	72	112	131	661	0,641 9	0,635 3	0,643 1	0,638 9	0,628 8	0,6372
JUN	182	137	102	114	128	663	0,681 8	0,679 4	0,617 6	0,710 2	0,684 7	0,6769
Suma	1.03	855	557	576	815	3.835	0,652	0,641	0,627	0,633	0,629	0,6388
Total	2						8	6	4	8	7	

Fuente Unidad GRD HPM

Durante el primer semestre del año 2017 las hospitalizaciones en camilla correspondieron al 1,5% del total de las consultas de la UEH y al 1,7 % de los pacientes categorizados adultos e infantiles, generando un 45% más de hospitalizaciones que el año 2016 .

Egresos UEH primer semestre 2016-2017

Sexo	Egresos		% por sexo		% Mortalidad		Peso Medio GRD	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Hombre	349	446	60,6	54,7	5,0	4,7	0,6425	0,6386
Mujer	227	369	39,4	45,3	3,8	3,4	0,6203	0,6189
Suma Total	576	815	100	100	8,9	8,1	0,6338	0,6297

Fuente Unidad GRD HPM

De los pacientes que se hospitalizan en la UEH el año 2017 se observa que un 54,7 % corresponden a hombres y 45,3% a mujeres la razón hombre: se mantiene el año 2016 , la mortalidad de este grupo es mayor en el año 2016 (8,9%) que en el 2017 (8,1%) siendo mayor en el hombre que en la mujer en ambos períodos; es importante señalar que la **mortalidad de los pacientes que egresan de la UEH** es en ambos periodos comparados es **3,7 veces mayor** que la mortalidad de los egresos hospitalarios del hospital Puerto Montt ,los pesos GRD mantienen valores similares en los semestres comparados .

Diagnósticos Principales de hospitalizaciones primer semestre 2016-2017 UEH

	2016	2017	TOTAL
K92.2 - Hemorragia gastrointestinal, no especificada	11	28	39
G40.9 - Epilepsia, tipo no especificado	4	27	31
S06.90 - Traumatismo intracraneal, no especificado, Sin herida intracraneal	2	25	27
J15.9 - Neumonía bacteriana, no especificada	19	23	42
T42.4 -Intoxicación con Benzodiazepinas	9	22	31
R07.4 - Dolor en el pecho, no especificado		20	20
I20.0 - Angina inestable	4	18	22
A09.9 - Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	6	15	21
J18.9 - Neumonía, no especificada		15	15
I50.0 - Insuficiencia cardíaca congestiva	8	13	21
N10 - Nefritis tubulointersticial aguda	8	12	20
S43.0 - Luxación de la articulación del hombro	17	11	28
J44.0 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores		10	10
R56.8 - Otras convulsiones y las no especificadas	3	10	13
I48.9 - Fibrilación y aleteo auricular, no especificado	6	9	15
J44.1 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada	1	9	10
N39.0 - Infección de vías urinarias, sitio no especificado	9	9	18
K72.9 - Insuficiencia hepática, no especificada	4	8	12
N18.5 - Enfermedad renal crónica, etapa 5	5	8	13
G45.9 - Isquemia cerebral transitoria, sin otra especificación	3	7	10
I48.1 - Fibrilación auricular persistente	2	7	9
S21.9 - Herida del tórax, parte no especificada	2	7	9
E16.2 - Hipoglicemia, no especificada	3	6	9
J46 - Estado asmático	2	6	8
S31.8 - Heridas de otras partes y de las no especificadas del abdomen		6	6
Suma Total (resto de los diagnósticos)	576	815	1.391

DOTACIÓN DE PABELLONES

La tabla siguiente muestra la dotación de pabellones habilitados y horas mensuales disponibles año 2017.

El hospital Puerto Montt tiene por dotación 17 pabellones quirúrgicos de los cuales tiene habilitados 12 de ellos (71%). La SDGC definió en su ORD 0441 del 24 de marzo 2017 dos tipos de quirófanos; Indiferenciado y Urgencia, el de urgencia los componen uno obstétrico - ginecológico y otro general.

La tabla siguiente muestra distribución horas de quirófanos según REM 21 /Minsal.

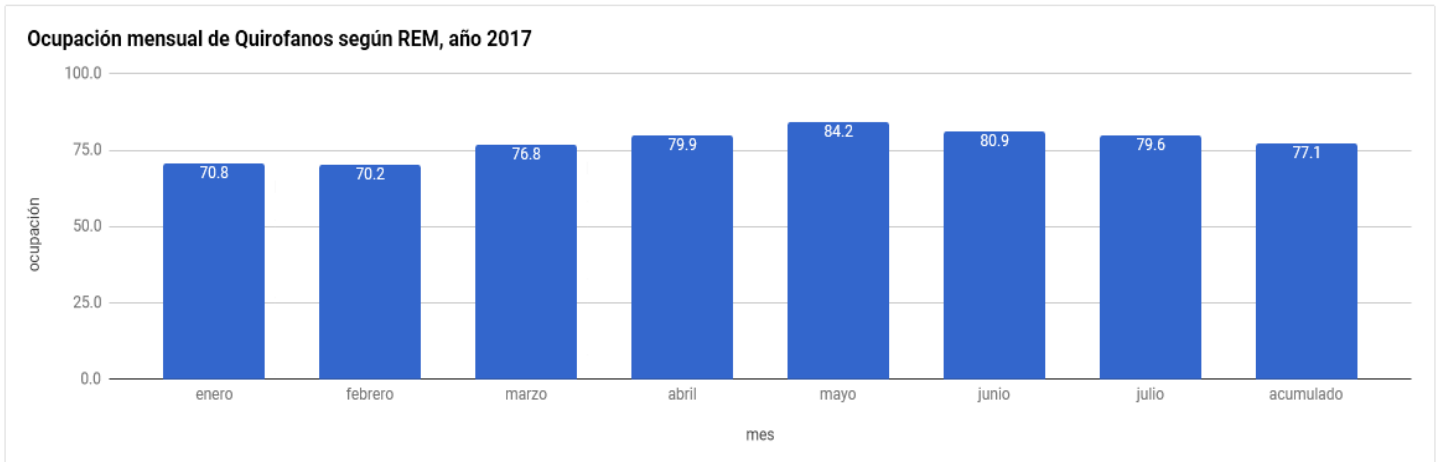
Tipo de quirófanos	Número de quirófanos en dotación	Promedio mensual de quirófanos habilitados	Promedio mensual de quirófanos en trabajo	Total de horas mensuales disponibles de quirófanos habilitados	Total de horas mensuales disponibles de quirófanos en trabajo
TOTAL QUIRÓFANOS	17	12	11	23.960	23.368
DE CIRUGÍA ELECTIVA	0	0	0	0	0
DE URGENCIA	2	2	2	10.176	10.176
OBSTÉTRICO	1	0	0	0	0
INDIFERENCIADO	14	10	9	13.784	13.192

Fuente Información REM 21-

El índice de ocupación de pabellón es un indicador histórico que busca evidenciar la eficiencia en el uso de los quirófanos. Hasta el año 2016 este indicador se construía considerando las horas ocupadas en relación a las horas de pabellones disponibles, donde estas últimas implicaba tener el recurso humano para el uso de estos quirófanos, a partir de este año este indicador se confecciona considerando las horas usadas sobre las horas de quirófanos habilitados, donde estas últimas corresponden a las horas de quirófanos factibles de utilizar (que cumplen con las NTB) e independiente si cuentan con el recurso humano para ser utilizados, lo que representa un desafío a la gestión quirúrgica para lograr contar con este personal. La meta establecida desde la Subsecretaria de Redes Asistenciales es de un 75%.

El gráfico siguiente muestra el índice de ocupación de pabellón en el período enero-julio 2017.

Fuente Información REM 21-



En el seguimiento del primer semestre de ocupación de los quirófanos se observa que se obtiene el rendimiento esperado desde marzo a julio 2017 sobre un 75% . En los meses de enero y febrero no se alcanzó la meta planificada .

Fuente Información REM 21-

	HORAS MENSUALES PROGRAMADAS DE TABLA QUIRURGICA DE QUIRÓFANOS EN TRABAJO				HORAS MENSUALES OCUPADAS DE QUIRÓFANOS EN TRABAJO				
	Totales	Beneficiarios MAI	Beneficiarios MLE	Otros	Totales	Beneficiarios MAI	Beneficiarios MLE	Otros	De preparación
TOTALES	22.185	22.185	0	0	14.298	11.869	0	0	2.429
DE CIRUGÍA ELECTIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DE URGENCIA	10.176	10.176	0	0	3.607	2.814	0	0	793
OBSTÉTRICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INDIFERENCIADO	12.009	12.009	0	0	10.691	9.055	0	0	1.636

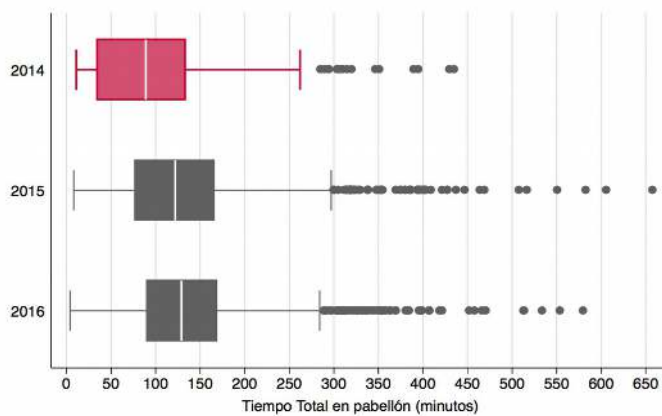
Del total de horas programadas de tabla quirúrgica 12.009 se ocupan un 75,4% en intervenciones quirúrgicas en beneficiarios y un 13,6% en preparación de este proceso,

respecto de este último dato será interesante evaluar su tendencia en los siguientes informes .

El tiempo que dura el proceso de un paciente en la unidad de pabellón fue mayor en los años 2015 y 2016 comparados con el 2014. La fase o momento que tuvo una variación significativa fue la pre-anestésica (ver gráficos adjuntos).

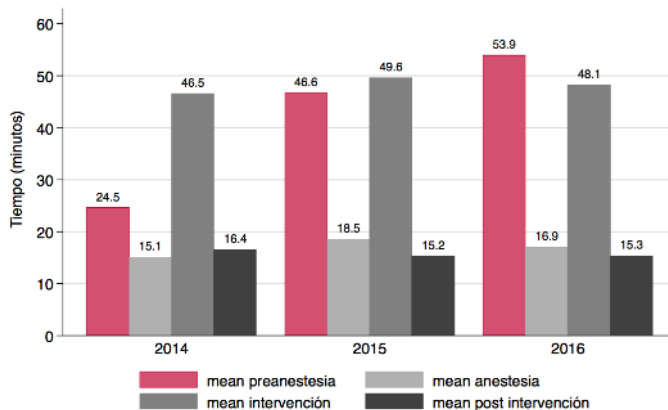
La caracterización de la duración de los distintos momentos en pabellón permite observar la complejidad del proceso en el contexto de garantizar la calidad y seguridad del procedimiento anestésico-quirúrgico a todos nuestros beneficiarios aplicando los protocolos pertinentes.

Comparación rango intercuartil de tiempo total del proceso en pabellón según año
2014-2015-2016



Fuente Informe Tiempos Quirúrgicos Pabellón .Dr.JJCM

Media de tiempo según momento del proceso en pabellón



Fuente Informe Tiempos Quirúrgicos Pabellón .Dr.JJCM

FINANCIAMIENTO DE PRESTACIONES

Programa Prestaciones valoradas (GES y no GES)

N°Prestaciones	2013	2014	2015	2016	2017*	Variación acumulada periodo 2013-2017 %
GES	75.815	90.641	113.826	126.833	117.008	35,2
NO GES	40.719	76.654	159.346	155.996	199.496	79,6
TOTAL	116.534	167.295	273.172	282.829	316.504	63,2

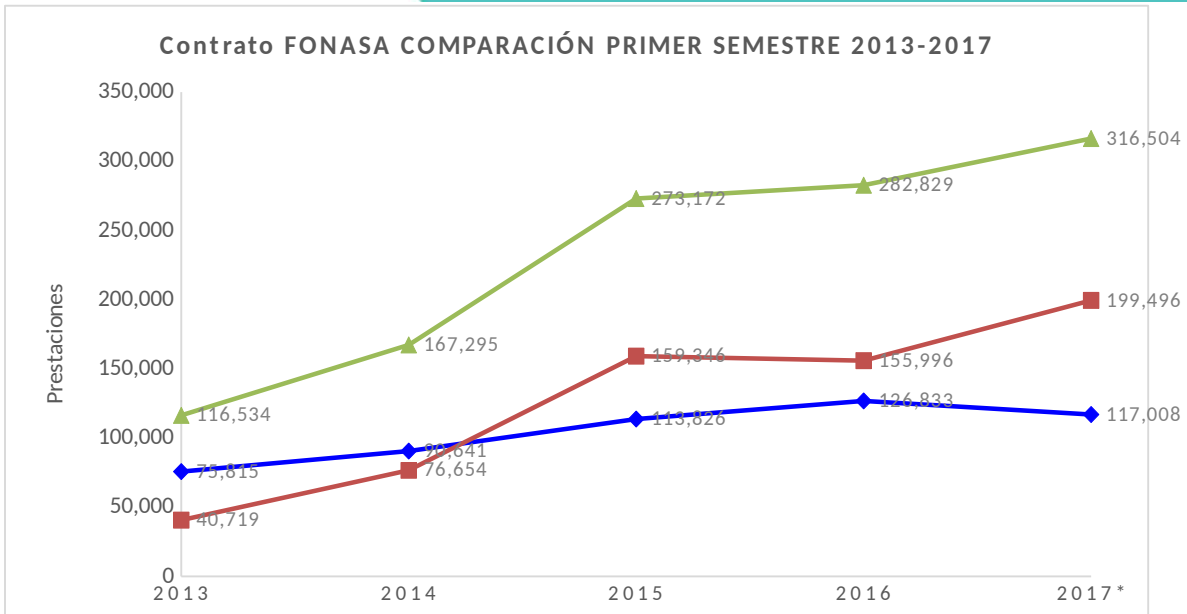
Departamento de Registro y Producción

Facturación	2013	2014	2015	2016	2017*	% Variación 2013-2017
GES	\$ 6.659.916.066	\$ 8.094.707.160	\$ 10.999.812.580	\$ 12.441.598.990	\$ 13.364.103.940	50,2
NO GES	\$ 10.961.720.550	\$ 13.332.373.350	\$ 20.325.116.190	\$ 21.600.252.320	\$ 25.469.895.120	57,0
TOTAL	\$ 17.621.636.616	\$ 21.427.080.510	\$ 31.324.928.770	\$ 34.041.851.310	\$ 38.833.999.060	54,6

Departamento de Registro y Producción

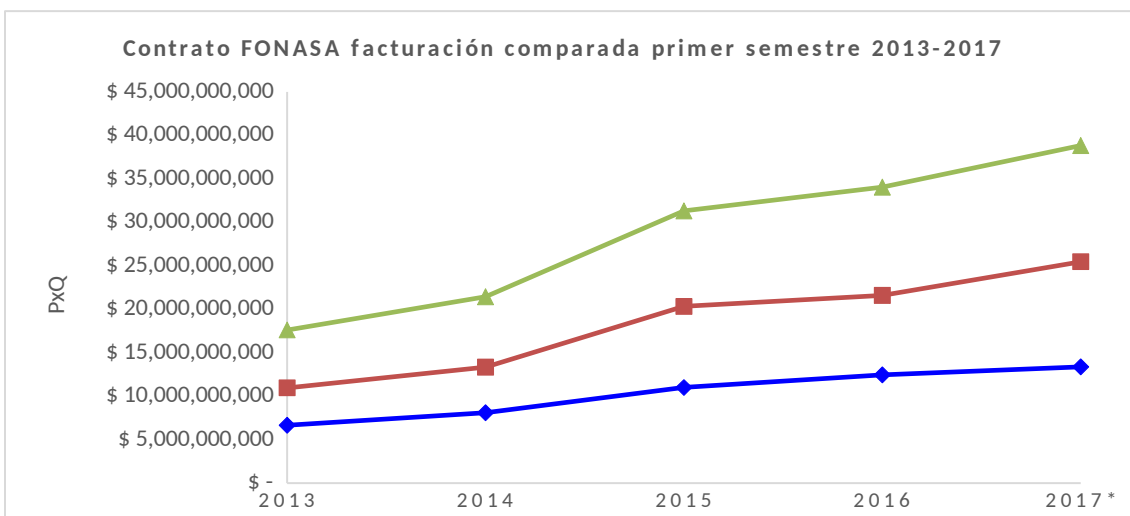
Respecto del programa **PPV GES** se observa una variación significativa de un 63,2 % en el período evaluado 2013-2017, esto dado principalmente por la incorporación en los últimos años de la totalidad de las prestaciones de la Ley GES incrementando la facturación más de un 100%.

El Departamento de Registro y Producción señala que “Las redes creadas con los clínicos sustentan nuestro trabajo y esperamos avanzar en la mejora de los procesos clínicos y administrativos, que son básicos para que los flujos de información y los registros, den cuenta de la importante labor que realiza nuestra institución”.



Departamento de Registro y Producción

El registro de las prestaciones valoradas ha tenido un incremento que está dado por un mejor registro clínico (atenciones digitalizadas y uso de sistemas de codificación internacional CIE10 , mejores sistemas informáticos (sistema experto, policlínico digital) y un grupo de personas comprometidas que permiten a nuestra unidad hacer el rescate de las prestaciones, la digitación y la facturación de forma más oportuna y con mayor calidad.



Departamento de Registro y Producción

GLOSA 4

Este análisis entrega los antecedentes reportados por cada uno de los referentes técnicos designados por la subdirección de gestión clínica para cada uno de los indicadores asistenciales. Se entregarán análisis de los resultados obtenidos durante el primer semestre del año en curso, comparando igual periodo del año anterior; mediante ocho indicadores que expresan el comportamiento y variación de resultados en métricas correspondientes al Ámbito de Modelo Asistencial con enfoque RISS.

RESULTADOS DE INDICADORES DE GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD GLOSA 4 COMPARADOS PRIMER SEMESTRE 2016 -2017 HOSPITAL PUERTO MONTT				
	Enero -junio 2016	Enero -junio 2017	Variación	
ÍNDICE OCUPACIONAL	86,75%	87,14%	0,44	↑
PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA	6,82	6,75	1,16	↓
% DE CONSULTAS NUEVAS DE ESPECIALIDAD	29,82%	29,5	0,5	↑
PORCENTAJE DE CESÁREAS	29,6%	30,8	4,3	↑
Nª INTERVENCIONES MAYORES QUIR. ELECTIVAS	5974	6152	3%	↑
NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS	11,235	10,210	-9%	↓
OPORTUNIDAD DE UEH	96,73%	75,51	-28,11 %	↓
CATEGORIZACIÓN URGENCIA	98,33%	97,91	- 0,42%	↓

El **índice ocupacional** actual es de 97.14% 0.4 puntos porcentuales mayor que en el 2016. Esta variación está determinada por un índice ocupacional superior al 95% en los servicios de medicina, cirugía, neurocirugía y traumatología. Otro factor que influye es el aumento de las hospitalizaciones por enfermedades respiratorias agudas a contar del mes de mayo.

Durante el periodo evaluado entre Enero a Junio del 2017, se obtuvieron mejores resultados en el número de intervenciones quirúrgicas en comparación al mismo periodo, el aumento del 3% está sostenido en mejorar la ocupación de pabellones e incremento en Cirugía Mayor Ambulatoria.

En relación a los egresos hospitalarios se visualiza una disminución de un 9% con respecto al primer semestre del año anterior, lo que equivale a 1.025 egresos menos. Esta

variación junto con al leve aumento del índice ocupacional y una estancia media menor puede reflejar un mejor uso de las camas y una complejidad mayor de los pacientes egresados como lo evidencia el pN GRD del semestre 0,9079 (Complejidad /consumo de recursos).

El indicador Porcentaje de Categorización de Urgencia en UEH da cuenta de aquellos pacientes categorizados en las Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) bajo la aplicación de la categorización de selección de demanda C1-C5, expresado en porcentaje el resultado actual visualizado es de 97,91% lo que se debe al aumento de la demanda espontánea de pacientes, originando retrasos a ciertas horas del proceso de categorización lo que ocasiona que un número reducido de pacientes busque atención en algún otro centro de salud, demostrando que su motivo de consulta no correspondía a un centro de alta complejidad.

Porcentaje de Cesáreas sobre Partos: Este indicador muestra la relación existente entre los partos por cesárea sobre el total de partos registrados, expresado en porcentaje. Se considera el total de la oferta asistencial y pensionado, cuyos resultados se espera sean ajustados al cumplimiento de las condiciones clínicas protocolizadas de urgencia y electivas, mediante las cuales el porcentaje total de cesáreas no supere el estándar establecido de un 35%. La variación porcentual entre periodos es baja, se puede observar un leve aumento de 1.2% en el resultado obtenido en 2017. Este incremento puede estar relacionado con la elevada tasa de prematuridad extrema de 3% en el mes de Abril.

Porcentaje de Consultas Nuevas de Especialidad: Corresponde al número de Consultas Nuevas de Especialidad del Total de Consultas de Especialidad, expresado porcentaje. El estándar definido contempla un resultado en torno al 30% y que se cumpla con la calidad de la atención de acuerdo a protocolos clínicos vigentes. Se ha logrado mantener el indicador de consultas médicas de especialidad nuevas /totales en 29, 55%. Esto se encuentra dentro del estándar de 30% que propone el MINSAL como meta. Se debe dejar claro que lograr 30% de consultas nuevas de especialidad del total de consultas es extraordinariamente complejo. También hay que aclarar que aumentar más allá podría incluso ser contraproducente para la adecuada atención de nuestros pacientes. Se ha logrado mantener el resultado entre el período ene-jun 2016 y ene-jun 2017 visualizando una diferencia de -0,37%, lo cual no es significativo.

Porcentaje Oportunidad de Hospitalización desde la Unidad de Emergencia Hospitalaria: Este indicador da cuenta de aquellos pacientes con indicación de hospitalización originada en la unidad de emergencia hospitalaria, que son hospitalizados en un servicio clínico en un tiempo igual o menor a 12 horas desde la indicación médica.

en el periodo Enero-Junio 2017 se aprecia un cumplimiento de 75.51% debido a la falta de movilidad de camas para poder hospitalizar oportunamente a los pacientes. El Hospital de Puerto Montt no cuenta con su dotación de camas críticas de acuerdo a capacidad. El perfil de pacientes se ha ido complejizando, incrementando por ejemplo las consultas de pacientes categorizados C2, C3. Se debe considerar que el Hospital de Puerto Montt es el único establecimiento de alta y mediana complejidad de la red del Servicio de Salud del Reloncaví, además de ser centro de referencia neuroquirúrgica del extremo sur. Con el cambio en el perfil epidemiológico y demográfico la demanda por su de camas se ha incrementado, sin que la red tenga más oferta, pues la permanencia de casos socio-sanitarios bloquea camas. Se aprecia un variación negativa del indicador de un 28.11% lo que se debe al esfuerzo realizado durante el año 2017 en mejorar los registros de los tiempos que deben ser usados para la medición. En base a la apreciación de los equipos clínicos, la información previa no daba cuenta de la real situación de espera de camas y los resultados observados se deben más bien a imprecisiones previas en la reportería de datos.

Promedio de Días de Estada: Este indicador da cuenta del número de días estada promedio acumulados ocupados por cada egreso hospitalario durante el periodo determinado. En indicador muestra el promedio de estadía en 6.75 días, sobre lo esperado que es 6 días. Las causales están dadas por la presencia de casos socio-sanitarios (en promedio 15 pacientes), que mantienen hospitalizaciones prolongadas en espera de resolución de su situación. Además, Hospital Puerto Montt es un centro de derivación neuroquirúrgico, pacientes que posteriormente requieren rehabilitación prolongada. Además, de hospitalizaciones de paciente médicos en piso quirúrgico, lo que retrasa la evaluación y manejo, por consiguiente aumenta la estadía. Además somos referente GES para confirmación diagnóstica, que se realizan hospitalizados. Cabe mencionar el traslado habitual del Servicio de Salud de Chiloé, que posteriormente no rescata sus pacientes en los tiempos esperados una vez resueltos. En relación al mismo corte periodo anterior hay un leve descenso en los días de estadía -0.01% de variación, que podría estar dado por la mejoría de los programas de Hospitalización domiciliaria y continuidad de la atención, que en los últimos meses se ha buscado optimizar.

Referentes de análisis

INDICADOR	REFERENTE MÉDICO
Índice Ocupacional	Dr. José Caro Miranda.
Promedio de Días de Estada	Dr. Pamela Meshner Rebolledo(S).
Porcentaje de Consultas Nuevas de Especialidad	Dra. Mónica Winkler Rietzsch.
Porcentaje de Cesáreas.	Dr. Iván Cabrera Ditzel (S).
Número de intervenciones mayores Quirúrgicas electivas.	Dr. Arturo Vargas Gálvez.
Número de Egresos Hospitalarios	Dr. José Caro Miranda.
Oportunidad de Hospitalización desde la Urgencia	Dr. Luis Hausdorf Uribe.
Categorización Urgencia	Dr. Luis Hausdorf Uribe.

INDICADORES DE CALIDAD

IAAS 1° SEMESTRE 2017

SERVICIO	TIPO DE IAAS	TOTAL ACUMULADO JUNIO	TASA ACUMULADA	MEDIANA ANUAL
MEDICINA (5° PISO)	ITU/Catéter urinario	9	9,6/1000 días	3,26/1000 días
MEDICINA (5° PISO)	ITS/CVC	0	0,0/1000 días	1,14/1000 días
CIRUGIA (6° PISO)	ITU/Catéter urinario	6	5,2/1000 días	2,73/1000/ días
UPC ADULTO (UCI y UTIS)	ITU/Catéter urinario	6	1,7/1000 días	3,59/1000 días
UCI ADULTO	Neumonía/VM	6	4,7/1000 días	7,66/1000 días
EN ADULTO (UCI y UTI))	ITS/CVC	9	3,7/1000 días	1,14/1000 días
NEONATOLOGÍA	Neumonía/VM	0	0,0/1000 días	6,83/1000 días
	ITS/Cumbilical	0	0,0/1000 días	2,82/1000 días
UPC PEDIÁTRICA	Neumonía/VM	0	0,0/1000 días	2,66/1000 días
COLE LAPAROSCÓPICA	Infección sitio Quirúrgico	0	0,0/100	0/100
CESÁREAS	Infección sitio Quirúrgico	2	0,4/100	0,70/ 100
OFTALMOLOGÍA	Endoftalmitis post catarata	1	0,1/100	0/100
TOTAL		39		

El total de IAAS reportado el primer semestre 2017 es de 39 casos, destaca el aumento de la tasa de ITU/CUP en los servicios de Medicina, Cirugía, UPC Adulto ,estos servicios las tasas acumuladas están sobre la media anual.

Se sugiere vigilar el comportamiento de las ISQ de la cesárea y la endoftalmitis

PROGRAMA DE CALIDAD SEGUIMIENTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS PRIMER SEMESTRE AÑO 2017

El riesgo de obtener un resultado no deseado, es decir, la *probabilidad de ocurrencia de un evento adverso*, es inherente a la práctica de la actividad sanitaria.

Es de gran importancia para la práctica clínica en nuestro hospital, la calidad y seguridad en la atención que brindamos. En ese sentido analizar nuestros eventos adversos, son oportunidades de aprendizaje y mejora que no debemos desaprovechar.

1. Notificación eventos adversos formato genérico primer semestre 2017

Tipo Evento Adverso	Nº de Casos	Porcentaje
Eventos adversos	128	85%
Eventos centinela	22	15%
Total	150	100%

Fuente :Oficina de calidad y Seguridad del Paciente

Durante el primer semestre 2017 se recibieron 150 notificaciones, un 26 % más que el mismo periodo del año anterior (119), de las cuales se clasificaron 22 como eventos centinela. A partir del año 2017 se consideran solo eventos centinelas los eventos definidos como tal en el protocolo institucional o definido como tal en el comité de eventos adversos. Por este motivo ha bajado el porcentaje de eventos centinela, de 35 % primer semestre año 2016 a 15 % del total de eventos notificados en el 2017.

2. Notificación de caídas primer semestre 2017

Tipo Evento Adverso	Nº de Casos	Porcentaje
Caídas sin daño	45	70%
Caídas con daño	19	30%
Total	64	100%

Fuente :Oficina de calidad y Seguridad del Paciente

Durante el año 2017 se notificaron 64 caídas, cifra similar al mismo periodo del año anterior (62 caídas).

A partir del año 2017 se consideran eventos centinela todas las caídas con daño y por lo tanto deben incluir análisis y plan de mejora si corresponde.

3. Notificación de UPP primer semestre 2017

Tipo Evento Adverso	Nº de Casos	Porcentaje
UPP Estadio I	23	43%
UPP Estadio II	26	44%
UPP Estadio III	5	9%
UPP Estadio IV	0	0
Total	54	100%

Fuente :Oficina de calidad y Seguridad del Paciente

En el año 2017 se observa un aumento de la notificación de UPP en los estadios I y III y una disminución porcentual de las UPP estadios II y IV. Sin embargo siguen detectándose las UPP principalmente en estadio II.

4. Notificación de errores de medicación (EM) primer semestre 2017

Tipo Evento Adverso	Nº de Casos	Porcentaje
EM (incidentes (error se detecta antes de la administración)	73	58%
EM eventos adversos (existe error en la adm. del medicamento)	53	42%
Total	126	100%

Fuente :Oficina de calidad y Seguridad del Paciente

Tasa de Errores Medicación / Egresos Hospitalarios:

1.- EM (incidentes error se detecta antes de la administración):

$$73/13.257 = 5,50 \times 1000 \text{ egresos hospitalarios}$$

2.- EM eventos adversos (existe error en la adm. del medicamento):

$$53/13.257 = 4,0 \times 1000 \text{ egresos}$$

Durante el primer semestre del año 2017 se notificaron 126 casos de errores de medicación, cifra casi 3 veces mayor que la obtenida el mismo periodo del año anterior (48 notificaciones). El 63 % corresponden a eventos ocurridos en pacientes hospitalizados y el 37 % restantes ocurrieron en pacientes ambulatorios. De los 126 eventos, en 53 casos (42 %) se vio alterado el tratamiento farmacológico prescrito, por lo que se consideran eventos adversos, las 73 notificaciones restantes no afectaron al paciente por lo que se consideraron incidentes (58 %).

5. Notificación de reintervenciones quirúrgicas no programadas primer semestre 2017

Año 2017	Total Cirugías	Total RI	Tasa de reintervención x cirugía
Trimestre 1	3.657	46	12,57 x 1000
Trimestre 2	3.469	44	12,68 x 1000
Semestral	7.126	90	12,63 x 1000

Fuente :Oficina de calidad y Seguridad del Paciente

Se pesquisaron 90 reintervenciones quirúrgicas no programadas durante el primer semestre del año 2017, cifra un 49 % superior al año al mismo periodo del año anterior. 76 de ellas, es decir, un 84 % habían sido analizadas por los equipos quirúrgicos correspondientes en la fecha en que elabora este informe.

Las tasas de reintervención en ambos trimestres se mantienen sobre 12 reintervenciones por cada 1000 cirugías, la idea es comparar con los semestres siguientes y con tasas nacionales .

La tabla siguiente evidencia las especiales quirúrgicas con más casos de reintervención, y aquellas que han analizado en mayor porcentaje sus casos.

Análisis Anual reintervenciones por Especialidad Quirúrgica 2017

Especialidad	Total, detectadas	Total, analizadas	Total, pendientes	% analizadas
Cirugia	41	38	3	93%
Ginecología	28	25	3	89%
Traumatología	16	6	10	38%
Oftalmología	13	13	0	100%
Neurocirugía	8	8	0	100%
Cirugia Infantil	7	5	2	71%
Urologia	6	5	1	83%
Otorrino	5	5	0	100%
Maxilofacial	0	0	0	sin casos
Total	124	105	19	85%

Fuente :Oficina de calidad y Seguridad del Paciente

Destacan durante el primer semestre del año 2017, al igual que el año 2016, las especialidades de Cirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología y Neurocirugía, quienes analizaron casi todas sus las reintervenciones quirúrgicas no programadas pesquisadas. Traumatología mantiene bajo el porcentaje de reintervenciones no programadas, llamando la atención la baja en el cumplimiento en el servicio de Urología.

Cuadro comparativo eventos adverso 1 semestre 2016 - 2017

	2016	2017	Variación %
Notificación formato genérico	119	150	26%
Caídas	62	64	3%
UPP	59	54	-8%
Errores de medicación	48	126	163%
Reintervenciones no programadas	61	90	48%
Total:	349	484	39%

COMPROMISOS DE GESTIÓN N° 5

Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en mayores de 15 años en cirugías trazadoras

Indicador que mide el porcentaje de Cirugías Mayores Ambulatorias (CMA) realizadas de Hernias Abdominales y Colecistectomías Laparoscópicas sobre el total de intervenciones de igual procedimiento en tipo de asistencia Cirugía Mayor Ambulatoria y Hospitalización de egresos cuya severidad sea menor.

Indicador	Resultados COMGES 5 2016				Línea Base para 2017 (datos 2016)	
	Hernias	%	Colecistectomías	%	LB sumatoria cole y hernia	LB %
Numerador	39	57,4%	165	36,0%	204	38,8%
Denominador	68		458		526	

Metas trimestrales año 2017.

Trazadoras	LB 2016	1er Corte	2do Corte	3do Corte	4er Corte
		Aumento 1%	Aumento 3%	Aumento 5%	Aumento 7%
Colecistectomía + Hernia	38,8%	39,8%	41,8%	43,8%	45,8%

Resultados segundo corte junio 2017.

2017 Mes	Indicador CMA		
	Numerador	Denominador	%
ENERO	24	59	40,7
FEBRERO	26	61	42,6
MARZO	55	78	70,

			5
ABRIL	48	57	84,2
MAYO	56	68	82,4
JUNIO	66	67	98,5
TOTAL	275	390	70,5

Fuente : Unidad GRD HPM

La evaluación de esta COMGES al segundo corte (abril -junio) muestra un cumplimiento sobre la meta esperada de 41,8% logrando un 88,5% .

Resultados por trazadora primer corte 2017.

2017 Mes	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%
ENERO	19	49	38,8	5	10	50,0
FEBRERO	20	48	41,7	6	13	46,2
MARZO	52	70	74,3	3	8	37,5
ABRIL	42	47	89,4	6	10	60,0
MAYO	48	55	87,3	8	13	61,5
JUNIO	55	56	98,2	11	11	100,0
Total	236	325	72,6	39	65	60,0

Fuente : Unidad GRD HPM

El mayor incremento de las CMA lo evidenció la colecistectomía laparoscópica (72,6%) correspondiendo al 85,87% del total de las trazadoras que componen este compromiso

REDUCCIÓN ANTIGÜEDAD LISTAS DE ESPERA

Este compromiso de gestión N° 3 tiene 3 componentes de evaluación:

- Resolución del 100% de los casos en espera de consulta médica, con fecha de entrada igual o anterior al año 2015

- Resolución del 100% de los casos en espera de consulta odontológica, con fecha de entrada igual o anterior al año 2013 (excluye Ortodoncia)
- Reducción de casos en espera de intervención quirúrgica, con fecha de entrada igual o anterior al año 2013.

Para evaluar el porcentaje de cumplimiento, MINSAL define anualmente una línea base, la cuál se obtiene a partir del Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE), con corte al 31.12.2016. Este año, se han definido metas en función del porcentaje de avance, respecto del cumplimiento de un universo conocido de casos en espera.

Se presenta el resultado de la evaluación del período Enero-Junio 2017 del Hospital Puerto Montt para cada una de las metas:

Consulta de especialidades médicas: a continuación se presentan las metas esperadas al corte y su resultado de logro:

- I corte: Enero a Marzo. Resolver el universo de personas en espera de Consulta Nueva de especialidad Médica, según los siguientes criterios:

Resolución del 100% de personas con fecha de ingreso hasta el 2009 (criterio obligatorio): la línea base de HPM reflejaba la permanencia de 4 casos con fecha de ingreso hasta el 2009; al 31-03-2017, se cumple este componente, al lograr egresar los 3 casos pendientes.

Resolución del 10% de su universo total al 31 de diciembre de 2015: según línea base, el total de casos con fecha de entrada igual o anterior al 2015 corresponde a 6.791; en base a esta cifra, la meta a lograr alcanza a los 679 casos; al corte del 31-03-2017, se cumple este componente, al lograr egresar un 24% (1612 casos).

- II corte: Abril a Junio. Resolver el universo de personas en espera de Consulta Nueva de especialidad Médica, según los siguientes criterios:

Resolución del 100% de personas con fecha de ingreso hasta el 2012 (criterio obligatorio): de acuerdo a la línea base, el total de casos con fecha de entrada igual o anterior al 2012 eran 12; al corte del 30-06-2017 se cumple este componente, al se egresar el 100% de los casos en espera.

Resolución del 40% de su universo total al 31 de diciembre de 2015: de acuerdo a la línea base el total de casos con fecha de entrada igual o anterior al 2015 era de 6.791; al corte del 30-06-2017 se cumple este componente, al egresar 4.570 pacientes, lo que significa

que se logra resolver un 67% del universo total de casos en espera con fecha igual o anterior al año 2015.

Año Ingreso	LISTA ESPERA CONSULTA NUEVA DE ESPECIALIDAD MÉDICA	
	LB 31/12/2016	Corte 30/06/2017
2009	4	0
2010	2	0
2011	3	0
2012	3	0
2013	3	1
2014	421	179
2015	6.355	2.041
2016	12.688	8.098
2017	0	7.556
Total general	19.479	17.875

Fuente : Dpto Apoyo a la Gestión Clínica HPM

- **Consulta especialidades odontológicas:** a continuación se presenta las metas esperadas al corte y su resultado de logro:

- I corte: Enero a Marzo. Resolver el universo de personas en espera de Consulta Nueva de especialidad Médica, según los siguientes criterios:

Resolución del 100% de personas con fecha de ingreso hasta el 2008 (criterio obligatorio): se cumple, dado que no existen pacientes en esta condición en HPM.

Resolución del 10% de su universo total al 31 de diciembre de 2013: según línea base el total de casos corresponde a 174; se logran egresar 31 casos al corte del 31-03-2017, lo que significa un 21% de avance.

- Il corte: Abril a Junio. Resolver el universo de personas en espera de Consulta Nueva de Especialidad Odontológica, según los siguientes criterios:

Resolución del 100% de personas con fecha de ingreso hasta el 2010 (criterio obligatorio): cumple, dado que no existen pacientes en esta condición en HPM

Resolución del 40% de su universo total al 31 de diciembre de 2013: según línea base el total de casos corresponde a 174; al corte del 30-06-2017 se logran egresar 94 casos, lo que significa un 46% de avance.

	LE ODONTOLÓGICA (excluye Ortodoncia)	
Año Ingreso	LB 31/12/2016	Corte 30/06/2017
2009	0	0
2010	0	0
2011	3	1
2012	13	4
2013	158	75
2014	728	548
2015	1424	833
2016	2554	1420
2017	0	2020
Total general	4880	4901

Fuente : Dpto Apoyo a la Gestión Clínica HPM

- **Intervenciones quirúrgicas:** la resolución de la espera por una cirugía electiva, tiene las siguientes metas:
- I corte: Enero a Marzo. Resolver el universo de personas en espera de Consulta Nueva de especialidad Médica, según los siguientes criterios:

Resolución del 100% de personas con fecha de ingreso hasta el 2009 (criterio obligatorio): se cumple, dado que no existen pacientes en esta condición en HPM.

Resolución del 10% de su universo total al 31 de diciembre de 2014: según línea base existen 2515 casos en esta condición al inicios del 2017; al corte del 31-03-2017 se logra un 16% de avance, ya que se egresan 402 casos.

- Il corte: Abril a Junio. Resolver el universo de personas en espera de Consulta Nueva de especialidad Médica, según los siguientes criterios:

Resolución del 100% de personas con fecha de ingreso hasta el 2011 (criterio obligatorio): se cumple, dado que no existen pacientes en esta condición en HPM.

Resolución del 40% de su universo total al 31 de diciembre de 2014: según línea base existen 2515 casos en espera de IQ; al corte del 30-06-2017 se logran egresar 1267 casos, lo que representa un un 50.3% de avance en el logro de este indicador.

	LE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	
Año Ingreso	LB 31/12/2016	Corte 30/06/2017
2009	0	0
2010	4	0
2011	17	0
2012	48	15
2013	728	344
2014	1.718	889
2015	3.057	2284
2016	3.025	2605
2017	0	1626
Total general	8.597	7763

Fuente : Dpto Apoyo a la Gestión Clí

EVALUACIÓN INDICADORES EAR

El presente instrumento de evaluación, construido sobre la base de la metodología propuesta por Kaplan y Norton, se proyecta desde un mapa estratégico, que cumple con la finalidad de relacionar la estrategia y su ejecución (ver figura 1).

Dicho mapa contempla aquellos objetivos e indicadores, que permitirían medir la actuación del establecimiento autogestionado en red, desde cuatro perspectivas equilibradas: Usuarios, Financiera, Procesos Internos y Aprendizaje y Desarrollo.

Balanced Scorecard Hospitalario	Tema Estratégico				Total Indicadores
	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Clínica	Excelencia de la Atención	
Usuarios	4	2	2	3	11
Financiera	3	3	2	1	9
Procesos Internos	4	11	2	2	19
Aprendizaje y Desarrollo	2	2	1	1	6
Total Indicadores	13	18	7	7	45

A continuación se muestra el comportamiento de todos los indicadores EAR, de acuerdo al puntaje final obtenido en el primer semestre 2017 (disponible en SIS-Q BSC), se han usado los colores verde, amarillo y rojo para identificar aquellos cuyo cumplimiento es crítico.

Verde: Cumple meta

Amarillo: En riesgo

Rojo: No cumple

Indicadores EAR evaluación primer semestre 2017

CUMPLIMIENTO ACUMULADO ENERO-JUNIO		54,55%							
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO OBTENIDO		57,39 %	57,39%	60,23 %	61,36 %	50,57 %	41,48%		
PUNTAJE OBTENIDO EN EL PERIODO		101	101	106	108	89	73		
TOTAL DE PUNTAJE		176					176		
Sigla	Indicador	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO		
		Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	META	Cumplimiento	Puntaje
A.1.1	Sistemas de Información en Uso y Entrega de Registros Estadísticos	1	1	1	2	1	100%	64,75%	1
A.1.4	Porcentaje de Compras vía Licitación Tipo L1 y Trato Directo	3	3	3	3	3	<=20%	26,6%	3
A.2.1	Porcentaje de Disminución de la Deuda	4	4	4	4	4	10% reducción LB	97,1%	4
A.2.3	Porcentaje de Devengamiento Oportuno de Facturas	3	4	4	1	2	>=90%	69,0%	1
A.2.4	Sistema de Costos y Prestaciones Costeadas	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	>=95%	N/A	N/A
A.2.5	Porcentaje de Devengamiento de Licencias Médicas Curativas	4	4	4	4	4	>=75%	80,5%	4
A.3.1	Equilibrio Financiero	1	1	1	1	1	<=1	10.460	1
A.3.2	Gestión de Pago Oportuno de Facturas	3	3	4	4	4	<=60 días	29,1	4
A.3.3	Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios	0	0	0	0	0	5% incremento LB	-5,93%	0
A.4.1	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista	2	2	2	2	0	>=95%	Actualizar.	0
A.4.2	Porcentaje de Cumplimiento de Garantías de Oportunidad AUGÉ	3	3	3	3	3	100%	98,47%	3
A.4.3	Promedio de días de Espera para Intervención Quirúrgica	0	0	0	0	0	Meta de reducción 0%	3,6%	0
A.4.4	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas en modalidad de Telemedicina	1	1	1	1	0	>=95%	Actualizar.	0
B.1.1	Índice de Días de Ausentismo Laboral por Licencias Médicas Curativas	2	2	2	2	2	<=18 días o reducción de 10% de LB	9,97	2
B.1.2	Porcentaje de Funcionarios Capacitados que Ejercen	4	4	4	4	0	>=95%	Actualizar.	0

Funciones de Jefatura									
B.2.1.1	Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorias Trazadoras	4	4	4	4	4	aumento de 7% LB	71,1%	4
B.2.1.2	Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria	4	4	4	4	4	>=90%	Actualizar.	0
B.2.1.3	Porcentaje de Pacientes que esperan más de 12 horas en la UEH para acceder a una cama de dotación	0	0	0	0	0	>=5% reducción LB	Actualizar.	0
B.2.2.1	Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno	2	2	2	2	2	>=99,5%	91,9%	2
B.2.2.3	Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico	0	0	0	0	0	>=95%	83,9%	0
B.2.2.4	Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos	4	4	4	4	4	100% equipos críticos / >=85% equipos de apoyo	100,0%	4
B.2.2.6	Porcentaje de Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional	4	4	4	4	4	>=95%	0,00%	4
B.2.3.1	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	2	2	3	3	0	20% bajo LB	Actualizar.	0
B.2.3.2	Promedio de Días de Hospitalización Prequirúrgicos	4	4	4	4	4	<=1 o reducción 20% LB	0,5	4
B.2.3.3	Rendimiento de las Horas Contratadas	0	0	0	0	0	>=1% incremento LB	Actualizar.	0
B.2.3.4	Porcentaje de Paciente con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3	4	4	4	4	4	>=8% de categorización	4,8%	4
B.3.2	Porcentaje de Camas Críticas Disponibles	0	0	0	0	0	>=98%	77,6%	0
B.3.5	Porcentaje de Horas Ocupadas de Quirófanos Habilitados	3	3	3	3	0	>=75%	Actualizar.	0
B.3.6	Porcentaje de Reducción del Gasto en Convenio con Personas Naturales respecto a la Glosa Autorizada Vigente	0	0	0	0	0	reducción >=3% respecto a glosa autorizada	-7,24%	0
B.4.2	Participación Ciudadana	0	0	1	2	1	100%	Actualizar.	0
B.4.3	Oportunidad, Calidad y Gestión de la Respuesta a los Reclamos	2	2	2	2	2	100%	100,0%	2
C.1.1	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Gestión Clínica definido en la Planificación Estratégica	0	0	0	0	0	100%	Actualizar.	0
C.2.1	Porcentaje de Cumplimiento del Registro de Consentimiento Informado	4	4	4	4	4	>=90%	96,2%	4

C.2.2	Porcentaje de Notificación de Posibles Donantes de Órganos	2	2	2	2	2	100% o aumento de 30 puntos porcentuales de LB	25,0%	2
C.3.1	Índice Funcional	3	3	3	3	3	<=1	1,02	3
C.3.2	Porcentaje de Egresos con Estadías Prolongadas Superior	4	4	4	4	4	<=6,5%	4,86%	4
C.4.1	Porcentaje de Consultas Médicas Nuevas Ambulatorias de Especialidades	4	4	4	4	0	>= 10 porcentuales sobre LB, o >=30%	Actualizar.	0
C.4.2	Porcentaje de Cumplimiento del Programa de Coordinación con la Red	0	0	0	2	0	100%	Actualizar.	0
D.1.2	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Trabajo para Mantener Requisitos de Acreditación	3	3	3	3	3	>=95%	92,50%	3
D.2.1	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría	4	4	4	4	4	100% objetivos ministeriales; >=80% otros objetivos programa anual.	Actualizar.	0
D.2.2	Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría	2	1	1	1	1	>=75%compromisos suscritos del total de hallazgos; >=90%,>=80% o >=70%implementación de compromisos.	Actualizar.	0
D.3.1	Porcentaje de Reintervenciones Quirúrgicas no Planificadas	4	4	4	4	4	<=2% o 10% reducción LB	0,97%	4
D.4.2	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Paciente antes de 7 días bajo misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM)	1	1	2	3	3	Pacientes adultos <=0,69%; Paciente pediátrico <=1,51%	1185%	3
D.4.3	Cumplimiento de las Medidas para Certificar como Hospital Amigo	4	4	4	4	4	100%	Actualizar.	0
D.4.4	Porcentaje de Satisfacción Usaria en Urgencia y Área Ambulatoria	2	2	3	3	3	>=80%	71,6%	3

ÍNDICE FUNCIONAL PRIMER SEMESTRE 2016-2017

Este indicador refleja la eficiencia relativa de cada hospital en el uso de sus camas respecto del estándar nacional. Este estándar pone en igualdad la condición clínica y la complejidad de los casos para su comparación. El índice funcional (IF), es el cociente entre la estadía media ajustada por casuística (EMAC) y la estancia media del estándar y/o de la norma. Cuando el valor del IF es menor o igual que 1, se dice que el hospital es más eficiente que el estándar en término de uso de sus camas y a la inversa, si es mayor que 1 será menos eficiente que el estándar.

Índice Funcional	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Altas Depuradas	1.76	1.78	1.60	1.65	1.76	1.83	1.6	1.64	1.88	1.78	1.87	1.81
Peso Medio Depurado	0,86	0,87	0,90	0,91	0,91	0,91	0,88	0,93	0,90	0,90	0,88	0,93
Estancia Media Depurada	5,68	5,60	5,50	5,76	5,87	5,87	5,77	6,21	5,53	5,90	5,56	5,82
Estancias Depuradas	10.0	10.0	8.84	9.53	10.3	10.7	9.6	10.2	10.4	10.5	10.4	10.5
EM Norma Depurada *	5,12	5,12	5,12	5,12	5,12	5,12	5,12	5,12	5,12	5,12	5,12	5,12
Diferencia Norma	0,57	0,48	0,39	0,64	0,75	0,75	0,65	1,09	0,41	0,78	0,44	0,71
EMAC	5,21	5,30	5,23	5,02	5,19	5,20	5,31	5,24	4,98	5,42	4,99	5,16
EMAF	5,73	5,52	5,71	5,94	5,94	5,97	5,72	6,25	5,87	6,04	5,84	6,09
IEMA	0,99	1,01	0,96	0,97	0,99	0,98	1,01	0,99	0,94	0,98	0,95	0,96
Índice Casuístico	1,12	1,08	1,12	1,16	1,16	1,17	1,12	1,22	1,15	1,18	1,14	1,19
Índice Funcional	1,02	1,04	1,02	0,98	1,01	1,02	1,04	1,02	0,97	1,06	0,98	1,01
Impacto (Est Evitables)	-	144,	-	-	-	-	81,4	-	-	-	-	-
	78,4	72	332,	286,	134,	186,	6	70,2	647,	247,	529,	475,
	5		41	44	60	66		7	20	98	78	48

* EM Norma Depurada : Norma comportamiento de las estadías de hospitales chilenos que usan GRD

La evaluación del semestre comparado 2016-2017: muestra que sólo en el mes de febrero 2017 se cumple con el valor del IF menor o igual que 1, evidenciando en este mes un uso

más eficiente de sus camas a diferencia de los otros meses en que no se logra lo esperado por el indicador .

Porcentaje de Egresos con Estadías Prolongadas Superior (C.3.2)

Este indicador refleja el comportamiento del consumo de días de estada, de aquellos egresos que tuvieron una estadía superior a la del resultado del conjunto de hospitales del país sobre la misma casuística. (“Norma de comportamiento de las estadías hospitalarias”) La casuística país está reflejada en el estándar de consumo de días para cada GRD en la Norma MINSAL vigente al momento de la evaluación.

Se excluyen pacientes:

- ✓ De la especialidad de Psiquiatría (adultos, Adolescentes e Infantil),
- ✓ Pacientes judicializados código diagnóstico CIE10 Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio).
- ✓ Camas socio sanitarias las que no deberán ser codificadas por IR GRD

Razonamiento meta: Usar de manera eficiente el recurso cama de los hospitales, ajustado a la complejidad de la casuística, la meta esperada es $\leq 6,5$ % del egreso hospitalario.

Parámetro	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Valor Mensual	4,24%	4,79%	5,49%	4,80%	4,57%	5,24%
Puntaje Mensual	4	4	4	4	4	4
Valor Acumulado	4,24%	4,51%	4,85%	4,84%	4,78%	4,86%
Puntaje Acumulado	4	4	4	4	4	4
Outliers	78	82	105	82	84	99
Egresos Totales	1.839	1.712	1.914	1.707	1.840	1.891

Fuente : Unidad GRD HPM –SIS-Q

Se aprecia una tendencia positiva del indicador, encontrándose durante todo el semestre que se cumple con porcentaje esperado.

METAS SANITARIAS LEY 18.834: EVALUACIÓN MAYO 2017

N°	PONDERACIÓN		INDICADOR	RESULTADO ACUMULADO MAYO	ESTADO	META 2017
	LEY 19.664	LEY 18.834				
1	10%	10%	Índice Funcional	1,02	No cumple	≤ 1
2	10%	10%	Oportunidad hospitalización para pacientes desde UEH.	-525,80%	No cumple	Disminución ≥ a 5% de pacientes con espera de hospitalización ≥ a 12 horas (368 pacientes)
				(1039 pacientes)		
3	30%	10%	Reducción de la mediana de días de espera L.E.Q.	1,70%	No cumple	Reducción del 5% de LB (494 días)
				(512 días)		
4	20%	20%	Porcentaje de días cama ocupados por pacientes con nivel de riesgo dependencia D2-D3.	4,90%	No cumple	≤ 4,3% del Total categorizado
5	5%	10%	Porcentaje de ambulatorización de cirugías trazadoras.	64,70%	Cumple	Aumento del 7% de 38,8% (LB 2017)
6	NO APLICA	30%	Porcentaje de funcionarios capacitados.	Sin reporte.	No cumple	50%
7	25%	10%	Número de días de hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el sistema privado.	6,1 días	Cumple	≤ 7,2 días

COMENTARIO FINAL

Estamos absolutamente conscientes de que el mapa expuesto no es el territorio en su totalidad. La presentación de indicadores de gestión hospitalaria en este boletín pretende promover una mirada constructiva e integradora de la actividad clínica y administrativa que inefablemente están unidas.

Nuestro interés es que la información aquí entregada sea motivo de conversación entre el equipo directivo, jefes de departamento y de servicio. De tal modo que se pueda develar lo que hacemos en pos de la misión y visión que tenemos acerca de nuestro centro hospitalario.

Este boletín es un instrumento de apoyo a los equipos clínicos y no clínicos en el proceso de mejoramiento continuo de la calidad. Pretendemos simplificar la complejidad con información consistente y oportuna para un aprendizaje organizacional colaborativo. Levantar información conlleva un doble esfuerzo: recopilarla y luego presentarla con cierta estructura de sentido para poder ser compartida con quien la recibe.

En este numero intentamos exponer la contingencia de la unidad de emergencia hospitalaria como uno de los puntos álgidos de nuestro quehacer hospitalario en donde la percepción de colapso nos inunda al ver las cifras.

No hay peor ciego que el que no quiere ver. Es posible que en este boletín de gestión hospitalaria las cifras rojas se repitan una y otra vez porque es nuestra misión mostrar los hechos, los numeros e indicadores que trasuntan personas que confían sus vidas día a día en nuestras desiciones clínicas y administrativas.

Obras son amores y no buenas razones

Natividad Sepúlveda Aguilera EUS

Jefa Unidad GRD

José Javier Caro Miranda M.Sc.

Jefe Departamento Estadística Hospitalaria

Puerto Montt, Agosto del 2017