

1. 1. 3	Capacitación a personal del primer nivel de atención sobre detección de riesgos obstétricos para referencia oportuna.	40	# de recurso médico y enfermería capacitado / # total de médicos y enfermeras a capacitar	Libro de registro de capacitaciones realizadas	Jefe de Ginecoobstetricia y coordinador de SIBASI	10	0	0 %	10	8	80 %	10	40	400 %	10	0	0 %	40	40	100 %	Se mantiene comunicación por los diferentes medios para mejorar el trabajo con el primer nivel de atención.
1. 1. 4	Realización mensual de simulacros de morbilidades obstétricas.	12	# de simulacros realizados del total programado	Libro de registro de simulacros realizadas	Jefe servicio de Ginecoobstetricia	3	2	67 %	3	3	100 %	3	2	67 %	3	3	100 %	12	10	83 %	
1. 1. 5	Evaluación trimestral del Sistema de Informática Perinatal (SIP).	4	Total de Evaluaciones de SIP realizadas / Total de evaluaciones SIP programadas	Libro de actas de evaluaciones y lista de asistencia	Comité de Morbimortalidad materno perineo natal	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	4	4	100 %	
1. 1. 5	Reunión mensual de comité hospitalario de la salud materno perineo natal.	12	Reuniones realizadas / Total de reuniones programadas	Actas de reunión y lista de asistencia	Comité de salud materno perineo natal	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	2	67 %	12	11	92 %	
1. 1. 6	Monitoreo del manejo según normativas de pacientes gestantes con IVU y Vaginosis con derivación oportuna para tratamiento de la enfermedad	48	4 casos mensuales, de los cuales 2 son ambulatorios y 2 hospitalarios	Expediente clínico	Jefe servicio de Ginecoobstetricia	12	12	100 %	12	12	100 %	12	4	70 %	12	4	4 %	48	32	67 %	En los últimos 2 trimestres se realizaron solo 4 monitoreos en cada trimestre

1. 1. 7	Verificación de aplicación de los lineamientos de código rojo.	100 %	# de casos manejados /# de casos presentados	Informes escrito de casos presentados	Jefe servicio de Ginecología y obstetricia	100%	100%	100 %	100%	100%	100 %	100%	100 %	100%	100%	100 %	100%	14.00	100 %	Se reportaron 14 casos durante el año y se manejaron como código rojo según lineamientos.	
1, 2	Resultado esperado: Disminución de la morbilidad perineonatal e infantil del área geográfica de responsabilidad en el año 2021																				
1. 2. 1	100% de Recién Nacidos que nacen en el hospital evaluados según norma previa al alta.	100 %	(# de recién nacidos evaluados al alta según norma / # de recién nacidos dados de alta del periodo)*100	Expediente clínico Informe mensual de MCC	Jefe servicio de pediatría	157	157	100 %	182	182	100 %	213.00	179.00	84 %	224.00	200	89 %	768.00	718	93 %	Cubrir 100 % de turnos por pediatras
1. 2. 2	Capacitación a personal del primer nivel de atención sobre detección de riesgos obstétricos que afectan a feto y signos de riesgo para recién nacido para referencia oportuna	40	# de recurso médico capacitado / # total de médicos a capacitar	Libro de registro de capacitaciones realizadas	Jefe de obstetricia y coordinador de SIBASI	10	0	0 %	10	0	0 %	10	40	400 %	10	0	0 %	40	40	100 %	Se realizar 2 jornadas durante el trimestre en julio y septiembre con participación de 20 personas cada una
1. 2. 3	Realización mensual de simulacros de morbilidades pediátricas y neonatales.	12	# de simulacros realizados del total programado	Libro de registro de simulacros realizadas	Jefe servicio de pediatría	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	3 %	12	12	100 %	
1. 2. 4	Notificación de partos intrahospitalarios para su seguimiento en el primer nivel de atención.	100 %	(# total de partos notificados / # total de partos realizados)*100	SIMMOW	Epidemiología y enfermera de enlace	168	168	100 %	175	107	61 %	202	176	87 %	223.00	176	79 %	768.00	627	82 %	Del total de nacidos vivos que fueron 768 de los cuales se les dio seguimiento al 82%(627) por parte de Primer Nivel.11

1. 2. 5	Funcionamiento del programa de modalidad canguro	24	# de atenciones programadas / # de atenciones realizadas	Libro de registro	Medico pediaatra responsable del programa	6	0	0 %	2	2	100 %	6	-	0%	6	1	17%	24	3		Durante en año 2021 se les brindo atención a 3 niños en programa canguro.
2																					
Objetivo: Establecer mecanismos para favorecer la mejora continua de la calidad en el hospital para el año 2021																					
2, 1																					
Resultado esperado: Disminución del porcentaje de infección de sitio quirúrgico.																					
2. 1. 1	Capacitación al 100% del personal sobre la importancia del lavado de manos y su verificación.	100.00 %	A. (# personal capacitado / # total de personal a capacitar)*100 B. Porcentaje de personal capacitado que cumple con la normativa	Listado de capacitaciones. Listado de chequeo de lavado de manos	Comité de IAAS	19	31	100 %	34	61	100 %	22.00	22	100 %	100 %	35	102 %	100 %	149	65 %	No se capacitó al 100 % a todo el personal debido a pandemia.
2. 1. 2	Uso de una técnica quirúrgica adecuada y su verificación.	100 %	Porcentaje de personal que cumple con la normativa	Listado de chequeo	Jefatura de sala de operaciones	100 %	100%	100 %	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
2. 1. 3	Cumplimiento de profilaxis con antibiótico según normativa.	100 %	(# de cirugías con antibiótico profilaxis / # total de cirugías)*100	Expedientes	Encargado de estándar 28	73	67	92 %	91	88	97 %	130.00	113.00	87 %	97.00	80	82 %	391.00	348	89 %	
2. 1. 4	Evaluación mensual del índice de infección de sitio quirúrgico.	12	(# evaluaciones realizadas / # evaluaciones programadas)*100	Informe de evaluación	Comité de IAAS	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	12	12	100 %	
2, 2																					
Resultado esperado: Disminución de los tiempos de espera en las consultas de primera vez de especialidad en el año 2021																					

2.1	Revisión de expedientes de las cuatro especialidades básicas.	96	cantidad de expedientes mensuales por especialidad/Número de expedientes auditados del total programado	Lista de chequeo	Jefe de consulta externa	24	20	83 %	24	20	83 %	24	20	83 %	24	20	83 %	96	80	83 %	
2.2	Elaborar e implementar un proyecto de desconcentración de pacientes con enfermedades crónicas hacia establecimientos de salud del primer nivel de atención más cercano para su seguimiento.	1	Proyecto en ejecución	Proyecto en ejecución	Coordinador del Comité de RRI	1	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	1			Se retomará posteriormente
2.3	Resultado esperado: Aumentar el número cirugía electiva ambulatorio y disminuir la estancia hospitalaria en el año 2021																				
2.3.1	Realizar 8 cirugías ambulatorias electivas al mes	96	(# total de cirugías electivas ambulatorias realizadas / # total de cirugías electivas ambulatorias programadas)*100	Libro de registro de procedimientos de sala de operaciones hoja de hospital de día	Jefe médico de sala de operaciones	24	10	42 %	24	28	117 %	24	21	88 %	24	9	38 %	96	68	71 %	Durante en año 2021 en el último trimestre solo se contaba con un recurso en área de cirugía.
2.3.2	Monitoreo de cirugías realizadas y suspendidas.	12	# total de monitoreos realizados del total programado	Lista de chequeo	Jefe de Sala de Operaciones	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	0	0 %	12	9	75 %	Durante en año 2021 en el último trimestre no se suspendió ninguna cirugía.
3	Objetivo: Fortalecimiento del trabajo en red.																				

3, 1 Resultado esperado: Óptimo funcionamiento del sistema de referencia y retorno.																					
3. 1. 1	Registro adecuado de referencias recibidas.	100 %	(# referencias recibidas registradas en SIMMOW / # referencias recibidas)*100	Libro de registro de referencias de enfermería. SIMMOW	Enfermera jefe de consulta externa. Epidemiólogo. Jefe médico de consulta externa.	498	498	100 %	463	463	100 %	458.00	306	67 %	335.00	262.00	78 %	1,754.00	1530	87 %	Mejora control de captación de la información en tabulador, no coincide con SPME ,ni SIMMOW
3. 1. 2	Registro adecuado de referencias enviadas a otros establecimientos.	100 %	(# referencias enviadas registradas en SIMMOW / # referencias enviadas)*100	Libro de registro de referencias de enfermería. SIMMOW	Jefes de servicio. Epidemiólogo. Enfermera jefe de hospitalización.	207	207	100 %	259	259	100 %	260.00	230	92 %	284.00	234	82.40 %	1,010.00	930	92 %	Mejora control de captación de la información en tabulador, no coincide con SPME ,ni SIMMOW
3. 1. 3	Monitoreo de retornos de pacientes atendidos según área hospitalaria (consulta externa, emergencia y hospitalización).	100 %	(# de retornos recibidos en el primer nivel de atención / # de retornos emitidos)*100	Libro de registro de retornos de enfermería	Jefe de Unidades de hospitalización	498	498	100 %	463	463	100 %	573	573	100 %	100 %	227	277.00	100 %	1761	100 %	
3. 1. 4	Reuniones de RISS para la coordinación, seguimiento y análisis del buen funcionamiento del sistema de referencia y retorno.	12	Número de reuniones efectuadas del total programado	Listas de asistencia. Libro de actas de reuniones	Dirección del Hospital	5	5	100 %	10	7	70 %	10	7	70 %	3	6	100 %	12	12	100 %	Debido a pandemia ha disminuido numero de reuniones

3.1.5	Capacitación en patología crónica no transmisible a personal médico y paramédico	100 %	(# de recurso médico capacitado / # total de médicos a capacitar)*100	Libro de registro de capacitaciones realizadas	Jefe de medicina interna y coordinador de SIBASI	4	4	100 %	6	6	100 %	4.00	4.00	100 %	4.00	5.00	125 %	19.00	19.00	100 %	
4	Objetivo: Garantizar el abastecimiento de medicamentos e insumos de acuerdo a la capacidad resolutive del hospital.																				
4.1	Resultado esperado: Contar con al menos un 85% de abastecimiento de medicamentos e insumos necesarios para brindar la atención al usuario.																				
4.1.1	Plan de trabajo 2021 de Comité de Farmacovigilancia elaborado.	1	Plan de trabajo 2021 elaborado	Plan de trabajo 2020 elaborado	Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros	1	1	100 %										1		100 %	
4.1.2	Evaluación bimensual de ejecución de plan de trabajo 2021	6	(Actividades del plan 1 desarrolladas / actividades del plan 1 programadas)*100	Informes de evaluaciones	Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros	1	1	100 %	2	2	100 %	2	2	100 %	1	2	100 %	6	6	100 %	
4.1.3	Monitoreo y supervisión periódica a las diferentes áreas de atención de pacientes, verificando el eficiente uso de medicamentos e insumos.	12	Monitoreos y supervisiones realizadas del total programadas	Informe de monitoreo y supervisión.	Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3.00	100 %	12	12.00	100 %	

4.1.4	Elaboración de necesidades de medicamentos e insumos de acuerdo a consumos y existencias, perfil epidemiológico y demanda proyectada.	2	# de documentos de necesidades realizados del total programado	Documento de necesidades	Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros	1	1	100 %			1	1	100 %			2	2	100 %			
5 Objetivo: Diseñar e implementar estrategias para lograr la integración, formación y eficiencia del Recurso Humano.																					
5.1 Resultado esperado: Contar con un plan de formación y capacitación continua que permita el desarrollo del Recurso Humano.																					
5.1.1	Establecer el inventario de necesidades de capacitación y formación del recurso humano.	1	Informe de resultado del inventario	Sección de capacitación	Jefe de Recursos Humanos	1	1	100 %								1					
5.1.2	Diseñar y ejecutar el plan de capacitación continua del recurso humano para el año 2021	100 %	(# de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programadas)*100	Libro de registro de capacitaciones realizadas	Jefe de Recursos Humanos	32	26	81 %	47	33	70 %	38.00	23.00	61 %	26.00	22.00	85 %	146.00	104.00	71 %	Pendiente la realización de actividades, las jefaturas responsables deberán justificar su incumplimiento de las metas programadas.
6 Objetivo: Disminuir la mortalidad general intrahospitalaria.																					
6.1 Resultado esperado: Disminuir la mortalidad hospitalaria en un 1%.																					
6.1.1	Auditoria al 50% de expedientes con mortalidad, para evitar la omisión de pasos en el proceso de atención en pacientes críticos	50 %	Mortalidad hospitalaria	Expedientes clínicos y actas de verificación	Comité de mortalidad hospitalaria	50%	50%	100 %	50%	50%	50 %	11.00	6.00	50%	4%	4	100 %	50%	50%	100 %	

6.1.2	Retro alimentar al personal médico y de enfermería en patologías con alta letalidad (ERC, intoxicaciones, cardiopatías, Diabetes Mellitus, Salud Mental, Tuberculosis, VIH, Dengue, Enfermedad de Chagas, Violencia de Genero y enfermedades de vigilancia epidemiológica, etc.)	100 %	(# de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programadas)*100	Listas de asistencia a capacitaciones	Comité de educación	4	4	100 %	6	6	100 %	11.00	12	109 %	100 %	13	13	35.00	35.00	100 %	
6.1.3	Capacitar al personal médico y de enfermería en cursos de atención de pacientes críticos (NPR, TESALVA, RCP, etc.)	100 %	(# de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programadas)*100	Listas de asistencia a capacitaciones	Comité de educación	1	1	100 %	100%			2.00	2	100 %	2.00	1	50 %	5.00	4	80 %	Por desfase en la entrega de libros de texto , debido a reprogramaciones de talleres anteriores. Además el hospital solo cuenta con una facilitadora para ambos talleres .
6.1.4	Garantizar la existencia de medicamentos e insumos básicos esenciales para el manejo de paros cardio respiratorios.	100 %	Abastecimiento de medicamentos en áreas críticas de atención	Listas de chequeo	Comité de farmacovigilancia. Jefas enfermeras de unidad. Jefe médico del área	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3.00	100 %	3	3	100	12	12	100 %	
7	Objetivo: Brindar atención en salud con calidad y calidez al usuario.																				
7.1	Resultado esperado: Disminución de quejas y denuncias por mala atención al usuario y sensibilización del personal																				

7.1.1	Capacitar al 100% del personal del hospital sobre lineamientos y funcionamiento de la Oficina por el Derecho a la Salud socializarlo con los usuarios	100%(226)	No. de personal capacitado/No de personal programado	Lista de Asistencia	Oficina por el Derecho de la Salud	100%	0	0%	93	100	100%	100%	68	119%	100%	0	0%	226.00	196	87%	Se realizaron 8 jornadas durante el año con 196 personal participante
8 Objetivo: Implementación de la Unidad de Atención para Adolescentes y Jóvenes																					
8.1	Resultado esperado: Atención integral en salud al adolescente y joven.																				
8.1.1	Implementación de la atención en salud al paciente y adolescente y joven según normativas vigentes	100%	No. de pacientes atendidos/No de pacientes atendidos	Censo de Paciente	Referente del Programa	278	278	100%	339	339	100%	397	397	100%	327.00	327	100%	1,341.00	1341	100%	
9 Objetivo: Incrementar el índice de seguridad de los establecimientos de salud ante situaciones de emergencias y desastres.																					
9.1	Resultado esperado: Seguimiento a la evaluación del índice de seguridad para enfrentar emergencias y desastres																				
9.1.1	Plan de trabajo del comité de emergencias y desastres	1	Elaboración de Plan / plan Operativo realizado	Informes de avances	Comité de Emergencias y Desastres	1	1	100%										1	1	100%	
9.1.2	Ejecución de simulacro de evento externo para medir capacidad resolutive	2	Simulacro realizado	Informe de evaluación	Comité de Emergencias y Desastres				1	1	100%		0	0%	1	1	100%	2	2	100%	
10	Objetivo: Mantener la Protección del Medio Ambiente																				
10.1	Resultado esperado: Contribuir a la protección y mejoramiento del medio ambiente																				

1 0. 1. 1	Plan de trabajo del comité	1	Elaboración de Plan / plan Operativo realizado	Informes de avances	Comité de Gestión Ambiental	1	1	100 %								1	1	100 %									
1 0. 1. 2	Cumplimiento de la carta compromiso para la sustitución del plástico de un solo uso contemplada en la política ambiental institucional	2	Monitoreos realizados	evaluación de las actividades según plan	Comité de Gestión Ambiental				1	1	100 %					1	1	100 %	2	2	100 %	Evaluación trimestral e informa semestralmente ala Unidad Ambiental del Ministerio de Salud.					
1 1	Objetivo: Promover estilos de vida saludables en usuarios y personal de salud para la prevención de ECNT.																										
1 1. 1	Resultado Esperado: Disminuir la progresión de ECNT en usuarios y personal del hospital.																										
1 1. 1. 1	Actividades de promoción para prevención de ECNT	4	Realización de Actividades	Acta de Reunión	Comité de ECNT	1	1	100 %			7	100%			1	14	100%			2	12	50%	4	35	100 %	Se realizan de manera constante en el área de consulta especializada y por parte del comité.	
1 1. 1. 2	Reuniones del Grupo de Autoayuda en ECNT	10	Reuniones realizadas / Total de reuniones programadas	Acta de Reunión	Comité de ECNT	3	0	0 %			1	1	100%			3	3	100%			2	2	100 %	10	6	60 %	
1 1. 3	Actividades de Estrategia Medicina / Ejercicio	8	Reuniones realizadas / Total de reuniones programadas	Listado de Asistencia	Encargado de la estrategia	2	0	0 %			2	4	200%			2	1	50%			2	1	50%	8	6	75 %	Se le realizo seguimiento a pacientes incluidos en la estrategia "Ejercicio es medicina "
1 2	Objetivo: Mantener medidas de bioseguridad del personal y usuarios ante la enfermedad por COVID 19																										
1 2. 1	Resultado Esperado: Evitar en la medida de lo posible el contagio del personal de salud y usuarios dentro de la institución																										

1 2, 1, 1	Supervisiones mensuales institucional sobre el uso adecuado de las medidas de bioseguridad para prevenir el Covid-19	120	Supervisiones realizadas/ Supervisiones programadas	Instrumentos de Supervisión	Comité de Salud y Seguridad Ocupacional	30	24	80 %	30	10	33 %	30	16.00	53%	30	13	43%	120	63	52.50 %	Se programación mas supervisiones que al capacidad para realizarla
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------------	----	----	------	----	----	------	----	-------	-----	----	----	-----	-----	----	---------	--------------------------------------------------------------------