

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. 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. 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 número 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
--------------------	--	-----	--	-----------------------------	---	----	----	------	----	----	------	----	-------	-----	----	----	-----	-----	----	---------	--