



MINISTERIO
DE SALUD



EVALUCION DEL PRIMER SEMESTRE DE POA
HOSPITAL NACIONAL DE CIUDAD BARRIOS “
(ENERO– JUNIO)
AÑO 2024

RESPONSABLE: Dra. Norma Esperanza Ortiz de Hernández

Referente de planificación del Hospital de Ciudad Barrios

JULIO 2024

INDICE

| | |
|------------------------------|----|
| 1. Producción Hospitalaria | 3 |
| 2. Indicadores de Gestión | 11 |
| 3. Indicadores Hospitalarios | 16 |

PRODUCCION HOSPITALARIA
HOSPITAL NACIONAL MONSEÑOR OSCAR ARNULFO ROMERO DE CIUDAD BARRIOS
ENERO - JUNIO 2024

CONSULTA EXTERNA

| ESPECIALIDAD | PRIMER TRIMESTRE | | | SEGUNDO TRIMESTRE | | | TOTAL | | |
|---|------------------|--------------|------------|-------------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|
| | Programado | Realizado | % | Programado | Realizado | % | Programado | Realizado | % |
| Medicina General | 1,020 | 802 | 79% | 1,020 | 859 | 84% | 2,040 | 1,661 | 81% |
| Medicina interna | 0 | 77 | ND | 0 | 122 | | 0 | 199 | |
| Cirugía General | 162 | 168 | 104% | 162 | 230 | 142% | 324 | 398 | 123% |
| Pediatría General | 162 | 153 | 94% | 162 | 158 | 98% | 324 | 311 | 96% |
| Ginecología | 162 | 182 | 112% | 162 | 130 | 80% | 324 | 312 | 96% |
| Obstetricia | 366 | 189 | 52% | 366 | 209 | 57% | 732 | 398 | 54% |
| Total | 1,872 | 1,571 | 84% | 1,872 | 1,708 | 91% | 3,744 | 3,279 | 88% |
| Otras Atenciones Consulta Externa Médica | | | | | | | | | |
| Bienestar magisterial | 6 | 0 | 0% | 6 | 9 | 150% | 12 | 9 | 75% |
| Psicología | 255 | 137 | 54% | 255 | 135 | 53% | 510 | 274 | 54% |

Al realizar análisis de consulta externa del primer semestre se observa que medicina general alcanzo 81% de atenciones brindadas y consulta de especialidades básicas es 95%% entre todas las especialidades, oscilando 54% en obstetricia por baja atenciones de partos a 123% en cirugía ya se cuenta con 3 cirujanos, medina interna no se programó por no tener médico internista al elaborar la POA, a 96% en ginecología, , 96% en pediatría. Se evidencia aumento de consulta brindadas en segundos trimestres, además en área de psicología baja se alcanzó un 54% y BM un 75%. Cumplimiento global de consulta de externa 83.4%

CONSULTA DE EMERGENCIA

| ESPECIALIDAD | PRIMER TRIMESTRE | | | SEGUNDO TRIMESTRE | | | TOTAL | | |
|-----------------------|------------------|--------------|------------|-------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| | Programado | Realizado | % | Programado | Realizado | % | Programado | Realizado | % |
| Medicina interna | 15 | 46 | 307% | | 66 | 440% | 30 | 112 | 373% |
| Cirugia General | 150 | 138 | 92% | 150 | 169 | 113% | 300 | 307 | 102% |
| Pediatría General | 150 | 117 | 78% | 150 | 83 | 55% | 300 | 200 | 67% |
| Ginecología | 12 | 6 | 50% | 12 | 2 | 17% | 24 | 8 | 33% |
| Obstetricia | 210 | 49 | 23% | 210 | 64 | 30% | 420 | 113 | 27% |
| Bienestar magisterial | 6 | 10 | 167% | 6 | 47 | 783% | 12 | 57 | 475% |
| Medicina general | 1,749 | 1,879 | 107% | 1,749 | 2,376 | 136% | 3,498 | 4,255 | 122% |
| Total | 2292 | 2,245 | 98% | 2277 | 2,807 | 122% | 4,584 | 5,052 | 110% |

En cuanto a las atenciones en el área de la emergencia se observa baja la consulta especializada alcanzando un 73.4%, oscilando 27% en obstetricia a 373% medicina interna, cirugía con 102%. Medicina general con 122%, obteniendo cumplimiento de meta en emergencia de 110 %. Con un alza en el segundo trimestre. La mayoría de las consultas brindadas en el área es por médicos generales. Cumplimiento de 110%

HOSPITALIZACION EGRESOS HOSPITALARIOS

| ESPECIALIDAD | PRIMER TRIMESTRE | | | SEGUNDO TRIMESTRE | | | TOTAL | | |
|----------------------------------|------------------|-------------|------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Programado | Realizado | % | Programado | Realizado | % | Programado | Realizado | % |
| Cirugía | 102 | 88 | 86% | 102 | 103 | 101% | 204 | 191 | 94% |
| Ginecología | 18 | 13 | 72% | 18 | 16 | 89% | 36 | 29 | 81% |
| Medicina Interna | 186 | 102 | 55% | 186 | 100 | 54% | 372 | 202 | 54% |
| Obstetricia | 300 | 235 | 78% | 300 | 222 | 74% | 600 | 457 | 76% |
| Pediatría | 249 | 147 | 59% | 249 | 172 | 69% | 498 | 319 | 64% |
| Total | 855 | 585 | 68% | 855 | 613 | 72% | 1710 | 1198 | 70% |
| Otros Egresos | 15 | 5 | 33% | 15 | 9 | 60% | 30 | 14 | 47% |
| Total | 870 | 590 | 68% | 870 | 622 | 68% | 1740 | 1212 | 70% |
| Unidad de Emergencia | 2073 | 1930 | 93% | 2073 | 2297 | 111% | 4146 | 4227 | 102% |
| <i>Unidad de Máxima Urgencia</i> | 210 | 64 | 30% | 210 | 215 | 102% | 420 | 341 | 81% |
| Total | 3153 | 2584 | 82% | 3153 | 3134 | 99% | 6306 | 5780 | 92% |

En vista que la demanda de usuarios ha disminuido, así mismo los ingresos a servicios de hospitalización en 70%, siendo mucho menor en el primer trimestre y se evidencia que oscila de medicina interna 54% a 94% en cirugía, seguido obstetricia 76% y ginecología 81%. En cuanto a otros egresos (BM) un 43%. En comparación con el primer trimestre hay incremento. En unidad de máxima urgencia es 81%. Cumplimiento de meta global 92%.

PARTOS

| Actividad | PRIMER TRIMESTRE | | | SEGUNDO TRIMESTRE | | | TOTAL | | |
|---------------------|------------------|------------|------------|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Programado | Realizado | % | Programado | Realizado | % | Programado | Realizado | % |
| Partos vaginales | 162 | 104 | 64% | 162 | 92 | 57% | 324 | 196 | 60% |
| Partos por Cesáreas | 36 | 42 | 117% | 36 | 45 | 125% | 72 | 87 | 121% |
| Total partos | 198 | 146 | 74% | 198 | 137 | 69% | 396 | 283 | 72% |
| Índice de cesáreas | 19% | 29% | | 19% | 33% | | 19% | 31% | |

De enero a junio del 2024 se evidencia cumplimiento de meta de atención de parto de 72%, atendiendo el 60% de partos vaginales y 121% por cesáreas, con un índice de cesárea de 31%. Evidenciándose un descenso en la atención del parto en el primer trimestre y un incremento en el índice de cesáreas

CIRUGIAS MAYORES

| Cirugía Mayor | PRIMER TRIMESTRE | | | SEGUNDO TRIMESTRE | | | TOTAL | | |
|------------------------------------|------------------|------------|-------------|-------------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|
| | Programado | Realizado | % | Programado | Realizado | % | Programado | Realizado | % |
| Electivas para Hospitalización | 45 | 84 | 187% | 45 | 86 | 191% | 90 | 170 | 189% |
| Electivas Ambulatorias | 18 | 10 | 56% | 18 | 5 | 28% | 36 | 15 | 42% |
| De Emergencia para Hospitalización | 48 | 41 | 85% | 48 | 57 | 119% | 96 | 98 | 102% |
| De Emergencia Ambulatoria | 6 | 11 | 183% | 6 | 7 | 117% | 12 | 18 | 150% |
| Total | 117 | 146 | 125% | 117 | 155 | 132% | 234 | 301 | 129% |

En cuanto a cirugías mayores, de enero a junio se tiene un rango de cumplimiento de un 129% cirugías , con porcentaje de cirugías de emergencia de 107% y un 147% cirugías electivas ,evidenciándose que un alza en el segundo trimestre, debido que se cuenta con cirujanos de lunes a viernes, descenso en cirugía ambulatoria, ,

CUMPLIMIENTO GLOBAL DE HOSPITALIZACION: 91.7%

DIGNOSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACION

| Actividades | PRIMER TRIMESTRE | | | SEGUNDO TRIMESTRE | | | TOTAL | | |
|--|------------------|---------------|-------------|-------------------|---------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| | Pros. | Realiz. | %Cumpl. | Prog. | Realiz. | %Cumpl. | Prog. | Realiz. | %Cumpl. |
| Imagenología | | | | | | | | | |
| Radiografías | 1,548 | 1,157 | 75% | 1,548 | 1,649 | 107% | 3,096 | 3,567 | 115% |
| Ultrasonografías | 249 | 256 | 103% | 249 | 189 | 76% | 498 | 512 | 103% |
| Total | 1797 | 1413 | 50% | 1,797 | 1838 | 39% | 3,594 | 4,079 | 113% |
| Anatomía Patológica | | | | | | | | | |
| Biopsias Cuello Uterino | 0 | 9 | NA | 0 | 3 | NA | 0 | 12 | NA |
| Biopsias Mama | 0 | 1 | NA | 0 | 2 | NA | 0 | 3 | NA |
| Biopsias Otras partes del cuerpo | 15 | 27 | 180% | 15 | 19 | 127% | 30 | 46 | 153% |
| Total | 15 | 37 | 77% | 15 | 24 | 83% | 30 | 61 | 203% |
| Otros Procedimientos Diagnósticos | | | | | | | | | |
| Electrocardiogramas | 87 | 75 | 86% | 87 | 62 | 71% | 174 | 169 | 97% |
| Espirometrías | 0 | 0 | ND | 3 | 0 | 0% | 6 | 0 | 0% |
| Total | 87 | 75 | 115% | 90 | 62 | 93% | 180 | 169 | 94% |
| Tratamiento y Rehabilitación | | | | | | | | | |
| Cirugía Menor | 75 | 14 | 19% | 75 | 12 | 16% | 150 | 26 | 17% |
| Fisioterapia (Total de sesiones brindadas) | 1,998 | 2,289 | 115% | 1,998 | 884 | 44% | 3,996 | 3,173 | 79% |
| Inhaloterapia | 1,248 | 1,997 | 160% | 1,248 | 2,419 | 194% | 2,496 | 4,416 | 177% |
| Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria | 8,373 | 12,560 | 150% | 8,373 | 16,277 | 194% | 16,746 | 28,837 | 172% |
| Recetas Dispensadas de Hospitalización | 6,948 | 6,300 | 91% | 6,948 | 8,229 | 118% | 13,896 | 14,529 | 105% |
| Total | 18,642 | 23,160 | 79% | 18,642 | 27,821 | 101% | 37284 | 50981 | 137% |
| Trabajo Social | | | | | | | | | |
| Casos Atendidos | 600 | 356 | 59% | 600 | 399 | 67% | 1200 | 755 | 62% |

En imagenología un cumplimiento en el semestre de 113%, anatomía patológica de 203%, EKG 97%, tratamiento y rehabilitación de 137%, se tiene un incremento en el segundo trimestre de recetas despachadas y trabajo social de 62% leve incremento en segundo trimestre. Cumplimiento de DX, TX R, rehabilitación es de 133%

LABORATORIO CLINICO Y BANCO DE SANGRE

| Actividades | PRIMER TRIMESTRE | | | SEGUNDO TRIMESTRE | | | Total | | |
|----------------------|------------------|-------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| | Prog. | Realiz. | %Cumpl. | Prog. | Realiz. | %Cumpl. | Prog. | Realiz. | %Cumpl. |
| Hematología | | | | | | | | | |
| Consulta Externa | 498 | 516 | 104% | 498 | 996 | 200% | 996 | 1,512 | 152% |
| Hospitalización | 2,499 | 677 | 27% | 2,499 | 730 | 29% | 4,998 | 1,407 | 28% |
| Emergencia | 1,500 | 3,151 | 210% | 1,500 | 3,570 | 238% | 3,000 | 6,721 | 224% |
| Referido / Otros | 624 | 1,805 | 289% | 624 | 2,814 | 451% | 1,248 | 4,619 | 370% |
| Total | 5121 | 6149 | 106% | 5121 | 8110 | 88% | 10242 | 14259 | 139% |
| Inmunología | | | | | | | | | |
| Consulta Externa | 123 | 88 | 72% | 123 | 97 | 79% | 246 | 185 | 75% |
| Hospitalización | 549 | 182 | 33% | 549 | 186 | 34% | 1,098 | 368 | 34% |
| Emergencia | 387 | 1,038 | 268% | 387 | 1,031 | 266% | 774 | 2,069 | 267% |
| Referido / Otros | 249 | 1,278 | 513% | 249 | 1,318 | 529% | 498 | 2,596 | 521% |
| Total | 1308 | 2586 | 160% | 1308 | 2632 | 173% | 2616 | 5218 | 199% |
| Bacteriología | | | | | | | | | |
| Consulta Externa | 111 | 45 | 41% | 111 | 86 | 77% | 222 | 144 | 65% |
| Hospitalización | 375 | 204 | 54% | 375 | 210 | 56% | 750 | 434 | 58% |
| Emergencia | 75 | 259 | 345% | 75 | 366 | 488% | 150 | 713 | 475% |
| Referido / Otros | 225 | 450 | 200% | 225 | 493 | 219% | 450 | 1,015 | 226% |
| Total | 786 | 958 | 95% | 786 | 1155 | 94% | 1572 | 2306 | 148% |
| Parasitología | | | | | | | | | |
| Consulta Externa | 75 | 74 | 99% | 75 | 63 | 84% | 150 | 137 | 91% |
| Hospitalización | 123 | 32 | 26% | 123 | 32 | 26% | 246 | 64 | 26% |
| Emergencia | 111 | 501 | 451% | 111 | 385 | 347% | 222 | 886 | 399% |
| Referido / Otros | 123 | 281 | 228% | 123 | 265 | 215% | 246 | 546 | 222% |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| Total | 432 | 888 | 115% | 432 | 745 | 164% | 864 | 1633 | 189% |
| Bioquímica | | | | | | | | | |
| Consulta Externa | 1,749 | 1,619 | 93% | 1,749 | 1,896 | 108% | 3,498 | 3,515 | 100% |
| Hospitalización | 4,071 | 1,475 | 36% | 4,071 | 1,610 | 40% | 8,142 | 3,085 | 38% |
| Emergencia | 3,798 | 7,124 | 188% | 3,798 | 7,104 | 187% | 7,596 | 14,228 | 187% |
| Referido / Otros | 1,875 | 7,616 | 406% | 1,875 | 8,657 | 462% | 3,750 | 16,273 | 434% |
| Total | 11,493 | 17,834 | 170% | 11,493 | 19,267 | 136% | 22986 | 37101 | 161% |
| Banco de Sangre | | | | | | | | | |
| Consulta Externa | 123 | 110 | 89% | 123 | 249 | 202% | 246 | 359 | 146% |
| Hospitalización | 498 | 89 | 18% | 498 | 92 | 18% | 996 | 181 | 18% |
| Emergencia | 225 | 203 | 90% | 225 | 321 | 143% | 450 | 524 | 116% |
| Referido / Otros | 150 | 144 | 96% | 150 | 336 | 224% | 300 | 480 | 160% |
| Total | 996 | 546 | 59% | 996 | 998 | 55% | 1992 | 1544 | 78% |
| Uroanálisis | | | | | | | | | |
| Consulta Externa | 174 | 165 | 95% | 174 | 228 | 131% | 348 | 393 | 113% |
| Hospitalización | 549 | 70 | 13% | 549 | 89 | 16% | 1,098 | 159 | 14% |
| Emergencia | 423 | 1,085 | 257% | 423 | 1,142 | 270% | 846 | 2,227 | 263% |
| Referido / Otros | 249 | 614 | 247% | 249 | 743 | 298% | 498 | 1,357 | 272% |
| Total | 1395 | 1934 | 106% | 1395 | 2202 | 117% | 2790 | 4136 | 148% |

Al realizar análisis se evidencia una disminución en el reporte de exámenes en banco de sangre en 78%. La mayoría de exámenes son del área de parasitología en 189%, bioquímica 161% y uroanálisis 148%. Además, se observa que en todas las áreas la que más envía exámenes es el servicio de emergencia, los referidos de otros establecimientos. Baja toma de exámenes en área hospitalización debido a que hay pocos ingresos. También cumplimiento de meta en hematología de 139%, inmunología 199%, bacteriología 148%. Cumplimiento de 154%

SERVICIOS GENERALES

| Actividades | PRIMER TRIMESTRE | | | SEGUNDO TRIMESTRE | | | Total | | |
|-------------------------------|------------------|--------------|------------|-------------------|---------------|------------|---------------|--------------|------------|
| | Prog. | Realiz. | %Cumpl. | Prog. | Realiz. | %Cumpl. | Prog. | Realiz. | %Cumpl. |
| Alimentación y Dietas | | | | | | | | | |
| Hospitalización | | | | | | | | | |
| Medicina | 1,785 | 331 | 61% | 1,785 | 1,211 | 68% | 3,570 | 1,542 | 43% |
| Cirugía | 759 | 218 | 42% | 759 | 772 | 102% | 1,518 | 990 | 65% |
| Ginecología | 96 | 61 | 58% | 96 | 320 | 333% | 192 | 381 | 198% |
| Obstetricia | 819 | 528 | 79% | 819 | 1,644 | 201% | 1,638 | 2,172 | 133% |
| Pediatría | 1,203 | 506 | 59% | 1,203 | 882 | 73% | 2,406 | 1,388 | 58% |
| Otros (Convenios) | 384 | 17 | ND | 384 | 171 | 45% | 768 | 188 | 24% |
| Total | 5046 | 1661 | 63% | 5046 | 5000 | 62% | 10092 | 6661 | 66% |
| Lavandería | | | | | | | | | |
| Hospitalización | | | | | | | | | |
| Medicina | 16,371 | 2,245 | 14% | 16,371 | 1,929 | 12% | 32,742 | 4,174 | 13% |
| Cirugía | 22,518 | 1,566 | 7% | 22,518 | 7,342 | 33% | 45,036 | 8,908 | 20% |
| Ginecología | 813 | 521 | 64% | 813 | 413 | 51% | 1,626 | 934 | 57% |
| Obstetricia | 11,529 | 3,423 | 30% | 11,529 | 4,866 | 42% | 23,058 | 8,289 | 36% |
| Pediatría | 3,159 | 1,375 | 44% | 3,159 | 1,202 | 38% | 6,318 | 2,577 | 41% |
| Otros (Convenios) | 96 | 79 | 82% | 96 | 100 | 104% | 192 | 179 | 93% |
| Total | 54,486 | 9,209 | 33% | 54,486 | 15,852 | 33% | 108972 | 25061 | 23% |
| Consulta | | | | | | | | | |
| Consulta Médica General | 69 | 31 | 45% | 69 | 28 | 41% | 138 | 59 | 43% |
| Consulta Médica Especializada | 534 | 267 | 50% | 534 | 320 | 60% | 1,068 | 587 | 55% |
| Total | 603 | 298 | 43% | 603 | 348 | 43% | 1206 | 646 | 54% |

| Emergencias | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|--------|------|--------|--------|------|--------|--------|------|
| Emergencias | 6,759 | 6,423 | 95% | 6,759 | 5,898 | 87% | 13,518 | 12,321 | 91% |
| Mantenimiento Preventivo | | | | | | | | | |
| Números de Orden | 1,299 | 1314 | 101% | 1,299 | 1,037 | 80% | 2,598 | 2,351 | 90% |
| Transporte | | | | | | | | | |
| Kilómetros Recorridos | 36,249 | 38,480 | 106% | 36,249 | 40,097 | 111% | 72,498 | 78,577 | 108% |

A consecuencia en la baja de ingresos hospitalarios, hay también una disminución en la producción de alimentación y dietas 66% y en lavandería 23% a manera general. Hay l 90% en mantenimiento preventivo y kilómetros recorridos alza de 100%.

INDICADORES DE GESTIÓN

| Objetivos / actividades | Indicadores | Meta Anual | Responsable | Trimestre 1 | | | Trimestre 2 | | | Trimestre 3 | | | Trimestre 4 | | | Supuestos Externos | |
|---|---|------------|--|-------------|------|------|-------------|------|------|-------------|------|---|-------------|------|---|---|--|
| | | | | Prog | Real | % | Prog | Real | % | Prog | Real | % | Prog | Real | % | | |
| Objetivo: Contribuir a reducir el impacto medio ambiental | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividad 1. Monitorear las buenas prácticas de gestión ambiental (ahorro energético, de agua y aplicación de 3 Rs) | Mediciones realizadas de abastecimiento de agua /Numero de mediciones de abastecimiento de agua programadas x100. | 12 | Jefe Mantenimiento | 3 | 3 | 100% | 3 | 3 | 100% | 1 | | | 3 | | | Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad | Se realiza lectura de cloro del agua todos los días por área de mantenimiento |
| | Monitoreo de consumo de energía eléctrica (Recibos de Energía Eléctrica.) | 12 | Jefe Unidad Financiera | 3 | 3 | 100% | 3 | 3 | 100% | | | | | | | Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad | Durante el periodo evaluado se evidencia incremento en la facturación En los últimos 3 meses se tienen facturas \$ 8780.26 a \$1825.74. Pero ha disminuido con respecto al año anterior |
| | Informes semestrales de reciclajes realizados/Nº informes de reciclajes programadosx100 | 2 | Jefe División Administrativa | | | | 50% | 3/3 | 50% | | | | 50% | | | Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad | Durante el segundo trimestre se realizó reciclaje de papel cartón plástico y latas un total de 1049 |
| Actividad 2. Inspecciones sobre el manejo integral de desechos bioinfecciosos | Informes de inspección sobre manejo de desechos bioinfecciosos | 4 | Inspector saneamiento Ambiental de UCSF CB | 25% | 1 | 25% | 25% | 0 | 0 | 25% | | | 25% | | | Se tiene coordinación con UCSF CB | Por medio de inspector de saneamiento ambiental se realizó en mes de febrero 2024 monitoreo de desechos bioinfecciosos según la normativa técnica. En el segundo semestre no se realizó ninguna inspección por parte de saneamiento ambiental de UCSF CB |

| Objetivo: Contribuir a la prevención de enfermedades de transmisión hídrica y por alimentos a nivel hospitalario | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|--|-----|---------|-------|-----|----------|------|-----|--|--|--|--|--|--|
| Actividad 1. Monitoreo de la vigilancia de la calidad del agua | (Análisis de Agua potable) Monitoreos realizados de la vigilancia de la calidad del agua igual/Monitoreos Programados X100 | 4 | Inspector de Saneamiento Ambiental UCSFCB | 1 | 2 | 100% | 1 | 0 | 0 | 1 | | | | | Se tiene coordinación con UCSF CB y se cuenta at con comité de Higiene y salud ocupacional | Se han realizado análisis microbiológicos cada mes por parte de mantenimiento, pero Inspector saneamiento Ambiental de UCSF CB está pendiente en el segundo trimestre |
| Actividad 2. Inspecciones a cocina del hospital para verificar que se están aplicando buenas prácticas de manufactura | (Informes de Inspección) Supervisiones realizadas a cocina / Supervisiones programadas | 4 | Inspector de Saneamiento Ambiental y Comité de Higiene y salud ocupacional | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | | | | | Se tiene coordinación con UCSF CB y se cuenta con comité de Higiene y salud ocupacional | Durante el mes de febrero se realizó supervisión en Área de cocina por parte de inspector de saneamiento ambiental de la UCSF Ciudad Barrios, recomienda que personal de cocina tenga curso de buenas prácticas de manipulación de alimentos y que estén carnetizadas, abrir por parte CSSO realizo supervisión área de cocina del hospital, además se le realizo chequeo médico al personal de alimentación y dieta |
| Actividad 3. Inspecciones a cafetines para verificar que se están aplicando buenas prácticas de manufactura | (Informes de Inspección) Supervisiones realizadas a cocina / Supervisiones programadas | 4 | Inspector de Saneamiento Ambiental y Comité de Higiene y salud ocupacional | 1 | 1 | 100% | 1 | 1 | 100% | 1 | | | | | Se tiene coordinación con UCSF CB y se cuenta at con comité de Higiene y salud ocupacional | Se realizo una supervisión a cafetines por comité de salud e higiene ocupacional y se envió a solicitar a UCSF Ciudad Barrios que inspector de saneamiento ambiental nos apoye. |
| Objetivo Proporcionar atención con Calidad y Calidez a usuarios que solicitan atención un Unidad de Emergencia | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividad 1. Monitoreo del grado de satisfacción de los usuarios atendidos en U/Emergencia | numero de encuestas aplicadas y clasificadas según grado de satisfacción/total de encuestas aplicadas) x 100 | 100 % | Jefes de Unidad de Emergencia | 25% | 25/30 | 83.3% | 25% | 28/30 | 93% | 25% | | | | | Que haya personal asignado a realización de encuestas | Se realizo durante el periodo evaluado se realizó 53 encuestas de las cuales 88% son satisfactorias |
| Actividad 2. Evaluar el porcentaje de pacientes atendidos en menos de 72 horas por el mismo diagnóstico | Número de pacientes atendidos en menos de 72 horas con el mismo diagnóstico/ total de pacientes atendidos | 100 % | Jefes de Unidad de Emergencia | 25% | 40/2247 | 1.8% | 25% | 102/2807 | 4% | 25% | | | | | Personal asignado a Revisión del SIAP (Referencia y Retorno) | Durante periodo se tuvo 142 paciente que consulta dentro de 72 horas mismo diagnóstico. La mayoría son pacientes embarazadas con amenaza de aborto, embarazadas iniciando trabajo de parto, diabetes mellitus, colecistitis epilepsias. |
| Actividad 3. Porcentaje de caídas prevenibles en áreas de emergencia | Numero de caídas / total de pacientes atendidos | 100 % | Jefe de Unidad de emergencia | 25% | 0/2247 | 0% | 25% | 0/2807 | 0% | 25% | | | | | Personal capacitado en Prevención de Caídas | No se tuvo ninguna caída durante periodo evaluado. |
| Objetivo Proporcionar atención con Calidad y Calidez usuarios que solicitan atención en Consulta Externa por cita programada de 1era vez | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------|-------------------------------------|-----|---------|------|-----|---------|------|-----|--|--|-----|--|---|--|
| Actividad 1. Verificar los días de espera a consulta de 1era vez con especialista de pacientes referidos | Total, de pacientes con cita de 1era vez según cumplimiento de indicadores hospitalarios/Total de pacientes referidos | 100 % | Jefe de División Médica | 25% | 187/255 | 73% | 25% | 86/349 | 25% | 25% | | | 25% | | Capacidad en agenda médica | Al realizar análisis de periodo evaluado se evidencia que solo el área de obstetricia no se está cumpliendo el tiempo de espera para cita de primera vez porque tiene un tiempo de espera de 9 días cuando es de 5 días para obstetricia |
| Actividad 2. Porcentaje de pacientes que consultan más de 1 vez al mes por el mismo diagnóstico en consulta externa | Número total de pacientes atendidos por el mismo diagnóstico en 1 mes en Consulta Externa/Total de pacientes que consultan | 100 % | Jefe de División Médica | 25% | 47/575 | 25% | 25% | 15/1857 | 1% | 25% | | | 25% | | Revisión de SIAP | Se realizo análisis en el primer trimestre de pacientes que consultaron por mismo diagnostico en el mes. Se tomaron dx como HTA, DM E IRC se evidencio que 8% de consultas consultaran más de una vez por misma patología. |
| Objetivo: Adecuar procesos de atención hospitalaria ya implementados para brindar atención integral en salud en hospitalización | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividad 1. Reunión con jefaturas para identificación de procesos ya implementados | Reuniones realizadas/reuniones programadas | 1 | Coordinadora UOC/Jefe Planificación | 1 | 2/2 | 100% | | | | | | | | | Presencia de Jefaturas | Se realizaron 2 reuniones con personal de enfermería |
| Actividad 2. Operativización de los procesos | Procesos implementados/Procesos programados | 100 % | Equipo de Gestión | 66 | 46 | 70% | 66 | 73 | 111% | 25% | | | 25% | | Reuniones realizadas | Se ha alcanzado 111% en el semestre, ya que esta fortalecido por los recursos de servicio social |
| Objetivo: Contribuir a disminuir la morbilidad materna neonatal mediante una atención eficaz oportuna y de calidad | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividad 1. Capacitación a personal médico hospitalario de atención sobre detección de riesgos obstétricos para referencia oportuna | # de recurso médico y enfermería capacitado / # total de médicos y enfermeras a capacitar | Personal médico y enfermería | Gineco-Obstetricia | 25% | 78/114 | 68% | 25% | 113/114 | 99% | 25% | | | 25% | | Asistencia de personal médico a temas de educación continua ya previamente calendarizados | Total, de médicos y enfermería a capacitar durante todo el año es de 114 y durante el semestre se dieron 9 ateneos de los cuales se cumplió el 100% de los programados |
| Actividad 2. Realización mensual de simulacros de morbilidades obstétricas. A personal médico y enfermería | # de simulacros realizados / total programado | 100% | Gineco-Obstetricia | 25% | 0/0 | 0% | 25% | 2/3 | 67% | 25% | | | 25% | | Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad | Durante el semestre se realizó solo 2 simulaciones con un cumplimiento de 33% |
| Actividad 3. Monitoreo aplicación de los lineamientos de código rojo | # de casos manejados según lineamientos /# de casos presentados | 100% | Gineco-Obstetricia | 25% | 4/5 | 80% | 25% | 6/6 | 100% | 25% | | | 25% | | Presentación de casos | En el primer semestre se cumplió un 91% la aplicación de los lineamientos de código rojos |
| Actividad 4. Fortalecimiento de la ley y protocolos de Nacer con cariño// crecer juntos | # de recurso médico y enfermería capacitado / # total de médicos y enfermeras a capacitar | Personal médico y enfermería | Gineco-Obstetricia | 25% | 91/29 | 214% | 25% | 19/29 | 66% | 25% | | | 25% | | Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad | Del total de personal de salud capacitado para Fortalecimiento de la ley y protocolos de Nacer con cariño// crecer juntos hasta el primer semestre es de 96.4% |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|-----|---------|------|-----|---------|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|---|
| Actividad 5. Fomentar acompañamiento continuo a la embarazada durante labor de parto | # Partos con acompañamiento/Numero de parto atendidos | 100% | Gineco-Obstetricia y jefe de enferma de partos | 25% | 133/147 | 90% | 25% | 119/137 | 87% | 25% | | | | | | | Número de partos atendidos | Se atendieron 284 partos de los cuales 252 tuvieron acompañamiento, debido a motivos personales de la usuaria |
| Actividad 6. Realizar de tamizajes cardiaco y neonatal | n° de tamizajes tomados/número de recién nacidos que cumplen criterios | 100% | Jefe de pediatría | 25% | 180/184 | 98% | 25% | 175/188 | 93% | 25% | | | | | | | Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad | Hemos mantenido en los últimos meses la cobertura de toma de tamiz cardiaco 92-98% se detalla en los últimos meses. La situación actual sobre de realización de toma de tamiz neonatal con un 56% de toma correcto y un 43% de rechazo no cumpliendo con la meta establecida. Cumpliendo un 96% de cobertura de toma de tamiza metabólico en el HNCB |
| Actividad 7. Capacitación al personal médico y para medico sobre NALS y ACEPTE | N° personal capacitado/N° de personal programado | 100% | Jefe de pediatría | 25% | 6/8 | 75% | 25% | 6/8 | 50% | 25% | | | | | | | Contar recurso humano capacitado para realizar actividad | Sobre la capacitación de reanimación neonatal se realizó 22 y 23 de febrero con un cumplimiento de 75% debido a que 2 participantes no asistieron por incapacidad y misión oficial. El segundo taller se realizó el 26- 30 de abril. Se informa que en el último taller solo aprobaron cuatro trabajadores en salud (2 medico, 1 anestesta, 1 una enfermera) con un aprobación de 50% No se ha realizado taller de transporte neonatal para la atención de paciente critico (TESALVA), debido a que no contamos con instructor de TESALVA. |
| Objetivo: Proporcionar atenciones quirúrgicas seguras bajo estándares de calidad (sala de operaciones). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividad 1. Capacitación al personal de salud sobre la importancia del lavado de manos y su verificación. Del centro obstétrico | (# personal capacitado / # total de personal a capacitar) | personal médico y enfermería. | comité de IAAS | 25% | 75/57 | 132% | 25% | 21/57 | 37% | 25% | | | | | | | Se tiene recurso humano capacitado para realizar actividad | Se socializo tema lavado manos con 96 participantes, así como también el proceso de limpieza y desinfección hospitalaria, En el mes de mayo se llevó a cabo la jornada de higiene de manos y se impartieron charlas alusivas al tema en las diferentes áreas |
| Actividad 2. Cumplimiento de profilaxis con antibiótico según normativa. | (# de cirugías con antibiótico profilaxis / # total de cirugías) X100 | 100% | Jefe de Cirugía General | 25% | 109/114 | 96% | 25% | 128/135 | 95% | 25% | | | | | | | Contar recurso humano capacitado para realizar actividad | En el semestre se cumplió un 95% de profilaxis, fueron 237 cirugías que no se les indico o estaban cumpliendo tratamiento y otros presentaron reacción adversa. Del total de cirugías indicadas 249 |
| Objetivo: Brindar atención en salud con calidad y calidez al usuario | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividad 1. Capacitar al 100% del personal del hospital sobre lineamientos y funcionamiento de la Oficina por el Derecho a la Salud | No. de personal capacitado/No de personal programado*100 | 100% | Oficina por el Derecho de la Salud | 25% | 0 | 0% | 25% | | | 25% | | | | | | | Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad Asistencia reducida de participantes por acudir a otras actividades intra y extramurales | Ninguna capacitación |

| Objetivo: Disminuir la mortalidad general intrahospitalaria | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------|--|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|--|--|--|-----|--|---|---|
| Actividad 1. Auditoria de expedientes con mortalidad, para el fortalecimiento y cambios de mejora en el proceso de atención en pacientes críticos. | # de casos auditados/# de casos presentados x 100 | 50% | Coordinador de Comité de Mortalidad Hospitalaria | 10% | 0 | 0 | 10% | 0% | 0% | 20% | | | | 10% | | Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad | No se ha realizado ninguna durante periodo evaluado. |
| Actividad 2. Capacitar personal médico y de enfermería en patologías con alta letalidad | # de sesiones programadas/#de sesiones realizadas*100 | 100% | Jefe de Residentes y Jefe de Enfermería | 25% | 6/6 | | 25% | 6/6 | | 25% | | | | 25% | | Priorización de temáticas según el comportamiento epidemiológico del hospital | Se han realizaron 12 sesiones de las 24 programadas en el año con un cumplimiento del 50% |
| Objetivo: Diseñar e implementar estrategias para lograr la integración, formación y eficiencia del Recurso Humano | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividad 1. Diseñar y ejecutar el plan de capacitación continua del recurso humano para el año 2023 | Plan diseñado y operativo | 100% | RRHH | 25% | 16/17 | 90% | 25% | 22/30 | 73% | 25% | | | | 25% | | Temáticas aportadas por las jefaturas | Se realizaron 22 eventos de los programados con un cumplimiento de 73%. |
| Actividad 2. Contratación de recurso humano necesario para la atención de usuarios. Principalmente en área de Medicina Interna y Pediatría. Ya que no se cuenta con cobertura las 24 horas para los turnos rotativos. | Numero de recursos necesarios/Numero de recursos contratados | 100% | Dirección | 25% | 8/14 | 57% | 25% | 4/19 | 21% | 25% | | | | 25% | | Asignación presupuestaria. | |

EVALUACION DE INDICADORES HOSPITALARIOS PRIMER SEMESTRE. HOSPITAL NACIONAL CIUDAD BARRIOS.AÑO 20024

| INDICADORES | | NOMBRE DEL INDICADOR | FÓRMULA | FUENTE NUMERADOR | FUENTE DENOMINADOR | ESTÁNDAR | PRIMER TRIMESTRE | SEGUNDO TRIMESTRE | PRIMER SEMESTRE | LIMITANTES | COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA SEGUIMIENTO |
|---------------------------|---|--|---|--|--------------------|--|------------------|-------------------|-----------------|---|--|--|-------------------|
| INDICADORES DE EMERGENCIA | 1 | Razón de consultas de emergencia / consulta externa | Total, de consulta atendida en la Unidad de Emergencia / Total de consulta externa | SIMMOW | SIMMOW | 0.1 - 0.2 | 1.36 | 1.52 | 1.44 | Se atienden paciente que debería ser vistos en consulta externas y por las referencias de UCSF en la tarde. Además, por la alerta nacional por dengue | Realizar Triage y envía pacientes a consulta externa según clasificación | Jefatura médica y de Enfermería de la Emergencia | Mensual |
| | 2 | 2.1 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Pediatría (horas) | Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Pediatría | Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad) | | Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs. | 2:57:40 | 0:19:00 | 1:38:20 | No | Cumplir con las metas esperadas | Jefatura médica y de Enfermería de la Emergencia | Mensual |
| | | 2.2 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Ginecología (horas) | Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Ginecología | Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad) | | Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs. | 1:38:00 | 0:41:00 | 1:09:30 | No | Cumplir con las metas esperadas | Jefatura médica y de Enfermería de la Emergencia | Mensual |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|-------|--|---------|---------|---------|----------------------------------|----------------------------------|--|---------|
| | 2.3 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Obstetricia (horas) | Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Obstetricia | Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad) | | Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs. | 1:57:00 | 0:45:40 | 1:21:20 | No | Cumplir con las metas esperadas | Jefatura médica y de Enfermería de la Emergencia | Mensual |
| | 2.4 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Medicina Interna(horas) | Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Medicina Interna | Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad) | | Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs. | 2:43:30 | 0:56:10 | 1:49:50 | No | Cumplir con las metas esperadas | Jefatura médica y de Enfermería de la Emergencia | Mensual |
| | 2.5 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Cirugía General (horas) | Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Cirugía General | Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad) | | Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs. | 2:27:00 | 0:18:06 | 1:22:33 | No | Cumplir con las metas esperadas | Jefatura médica y de Enfermería de la Emergencia | Mensual |
| INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA | 3 | Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas especializada de primera vez. | SIMMOW | | 2.0 – 4.0 | 3.26 | 2.41 | 2.84 | No | Continuar con metas programadas | Jefatura médica y de Enfermería de la consulta externa | Mensual |
| | 4 | Promedio diario de consultas médica por consultorio de consulta externa | SIMMOW | Local | 21 – 28 | 14.71 | 15.19 | 14.95 | Baja cobertura por especialistas | Cumplir programación de PAO 2024 | Jefe de División Medica | Mensual |
| | 5 | Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días) | SIS/SPME | | 30 días o menos | 10 | 8.7 | 9.35 | No | Continuar con metas programadas | Jefatura médica y de enfermería de consulta externa | Mensual |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----|--|--|----------|-----------------|------|------|-------|---|---|---|---------|
| | 6 | Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Ginecología de primera vez (días) | Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados | SIS/SPME | 30 días o menos | 17 | 15.3 | 16.15 | No | Continuar con metas programadas | Jefatura médica y de enfermería de consulta externa | Mensual |
| | 7 | Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Obstétrica de primera vez (días) | Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados | SIS/SPME | 5 días o menos | 9 | 8 | 8.5 | Durante el periodo evaluado se han presentado 1 Medico ginecólogo incapacitados y otro de vacación | Continuar con metas programadas | Jefatura médica y de enfermería de consulta externa | Mensual |
| | 8 | Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Medicina Interna de primera vez (días) | Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados | SIS/SPME | 30 días o menos | 9 | 35.3 | 22.15 | No | Continuar con metas programadas | Jefatura médica y de enfermería de consulta externa | Mensual |
| | 9 | Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Cirugía de primera vez (días) | Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados | SIS/SPME | 30 días o menos | 21.7 | 14.7 | 18.2 | No | Continuar con metas programadas | Jefatura médica y de enfermería de consulta externa | Mensual |
| INDICADORES DE HOSPITALIZACION | 10 | Giro Cama Pediatría | Total, de egresos de especialidad de pediatría / No. de camas censables asignadas a Pediatría | SPME | 7-13 | 4.08 | 4.75 | 4.42 | En el área de pediatría durante el periodo evaluado el % de ocupación, el giro de cama es menor, el promedio de estancia está dentro al estándar nacional, hubo camas disponibles esto es debido a pocos ingresos en el área, por lo que el índice de sustitucion alto. Se observa la mayoría de los ingresos son durante periodo fueron por neumonía, diarreas, más frecuente en menores de 1 año y del periodo perinatal los diagnósticos más frecuentes, de recién nacidos afectados por condiciones materna como infección de vías urinarias y ruptura prematura de membrana , recién nacido hijo de madre con preclamsia, bajo peso, | Manejo de pacientes según normativa y cumplir meta programada en PAO 2024 | Jefe de servicio de pediatría | Mensual |
| | 11 | Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría | (Días camas ocupados en Pediatría / Días camas disponibles en pediatría) X 100 | SPME | 85% | 44% | 53% | 49% | | | | |
| | 12 | Promedio de días estancias Pediatría | Días estancia de los pacientes egresados de Pediatría en un periodo determinado / egresos de Pediatría en el mismo período | SPME | 2-4 | 3.32 | 3.71 | 3.52 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|----|---|--|------|---------|-------|-------|-------|--|---|---------------------------------|---------|
| | 13 | Índice de sustitución de cama en Pediatría | (Días cama disponible - Días cama ocupado en pediatría) / Ingresos en Pediatría | SPME | 0 - 1 | 4.66 | 2.98 | 3.82 | macrosomía e ictericia neonatal y malformaciones congénitas. Una de las limitantes es pocos pediatras en la institución | | | |
| | 18 | Giro Cama Ginecología | Total, de egresos de especialidad de Ginecología / No. de camas censables asignadas a Ginecología | SPME | 13 | 4.33 | 5.3 | 4.82 | Durante periodo evaluado, el giro de cama, porcentaje de ocupación bajo, promedio de estancia e índice de sustitución alto. Se ingresaron con diagnóstico de leiomioma uterino, HUA, tumor maligno de uterino, mastitis, EPIA No se tuvieron camas disponibles. | Manejo de pacientes según normativa y cumplir meta programada en PAO 2024 | Jefe de servicio de ginecología | Mensual |
| | 19 | Porcentaje de ocupación del Servicio de Ginecología | (Días camas ocupados en Ginecología / Días camas disponibles en Ginecología) X 100 | SPME | 85% | 57.8% | 52.6% | 55.2% | | | | |
| | 20 | Promedio de días estancias Ginecología | Días estancia de los pacientes egresados de Ginecología en un periodo determinado / egresos de Ginecología en el mismo periodo | SPME | 2 | 3.95 | 3.09 | 3.52 | | | | |
| | 21 | Índice de sustitución de cama en Ginecología | (Días cama disponible - Días cama ocupado en Ginecología / Ingresos en Ginecología | SPME | 0 - 1 | 3.2 | 2.64 | 2.92 | | | | |
| | 22 | Giro Cama Obstetricia | Total, de egresos de especialidad de Obstetricia / No. de camas censables asignadas a Obstetricia | SPME | 13 - 26 | 4.61 | 4.35 | 4.48 | El servicio de Obstetricia hay poca demanda de pacientes embarazada para la atención del parto. Se observó el giro de cama y porcentaje de ocupación bajo. El promedio de estancia dentro del estándar y el índice de sustitución alto. Se tuvo cama disponible. Además, la mayoría de los ingresos son para atención del parto y embarazos. | Manejo de pacientes según normativa y cumplir meta programada en PAO 2024 | Jefe de servicio de obstetricia | Mensual |
| | 23 | Porcentaje de ocupación del Servicio de Obstetricia | (Días camas ocupados en Obstetricia / Días camas disponibles en obstetricia) X 100 | SPME | 85% | 38.5% | 36.7% | 38% | | | | |
| | 24 | Promedio de días estancias Obstetricia | Días estancia de los pacientes egresados de Obstetricia en un periodo determinado / egresos de Obstetricia en el mismo periodo | SPME | 1-2 | 2.49 | 2.58 | 2.54 | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|------|-------|-------|-------|-------|---|---|--------------------------------------|---------|
| 25 | Índice de sustitución de cama en Obstetricia | (Días cama disponible - Días cama ocupado en obstetricia) / Ingresos en Obstetricia | SPME | 0 - 1 | 4.01 | 4.42 | 4.22 | | | | |
| 26 | Giro Cama Medicina Interna | Total, de egresos de especialidad de Medicina Interna / No. de camas censables asignadas a Medicina Interna | SPME | 3-4 | 2.62 | 2.56 | 2.59 | En el servicio de Medicina Interna se evidencia una disminución de egresos hospitalarios y pacientes delicadas son referidas al tercer nivel de atención por no tener médico internista en la institución todos los días. La mayoría de los enfermedades crónicas descompensada. Por lo que el giro de cama, porcentaje de ocupación y promedio de estancia hospitalaria menor que el estándar . Con un índice de sustitución elevado se mantuvieron camas disponibles durante el periodo evaluado. | Manejo de pacientes según normativa y cumplir meta programada en PAO 2024 | Jefe de servicio de medicina interna | Mensual |
| 27 | Porcentaje de ocupación del Servicio de Medicina Interna | (Días camas ocupados en Medicina Interna / Días camas disponibles en medicina interna) X 100 | SPME | 85% | 32.1% | 34.4% | 33.3% | | | | |
| 28 | Promedio de días estancias Medicina Interna | Días estancia de los pacientes egresados de Medicina Interna en un período determinado / egresos de Medicina Interna en el mismo período | SPME | 6-8 | 4.37 | 4.15 | 4.26 | | | | |
| 29 | Índice de sustitución de cama en Medicina Interna | (Días cama disponible - Días cama ocupado en medicina interna) / Ingresos en Medicina Interna | SPME | 0 - 1 | 8.24 | 8.48 | 8.36 | | | | |
| 30 | Giro Cama Cirugía General | Total de egresos de especialidad de Cirugía / No. de camas censables asignadas a Cirugía | SPME | 4-7 | 5.87 | 6.87 | 6.37 | | | | |
| 31 | Porcentaje de ocupación del Servicio de Cirugía General | (Días camas ocupados en Cirugía / Días camas disponibles en cirugía) X 100 | SPME | 85% | 69.9% | 81.1% | 75.5% | En el área de cirugía giro de cama dentro estándar , el porcentaje de ocupación , promedio de estancia menor , con un índice de sustitución normal, no se tuvieron camas disponibles ha habido más ingresos durante periodo debido a que se realizó una jornada quirúrgica . La mayoría de ingresos son por apéndice, hernias, coleditiasis y traumatismos. Durante este año se tienen 3 cirujanos, pero en la programación en la POA institucional se realizó en base a uno. | Manejo de pacientes según normativa y cumplir meta programada en PAO 2024 | Jefe de servicio de cirugía | Mensual |
| 32 | Promedio de días estancias Cirugía General | Días estancia de los pacientes egresados de Cirugía en un período determinado / egresos de Cirugía en el mismo período | SPME | 4-7 | 3.638 | 3.6 | 3.62 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|--|--|---------|---------|-------|-------|-------|-------|--|--|--|---------|
| | 33 | Índice de sustitución de cama en Cirugía General | (Días cama disponible - Días cama ocupado en cirugía) / Ingresos en Cirugía | SPME | | 0 - 1 | 1.61 | 1.61 | 1.61 | | | | |
| INDICADORES DE HOSPITALIZACION COVID-19 | 42 | Giro Cama Hospitalización COVID | Total de egresos de hospitalización COVID / No. de camas censables asignadas a hospitalización COVID | Local | Local | 3-4 | 0.17 | 0 | 0.1 | Durante el primer semestre un ingreso | Cumplir lineamientos de COVID 19 | Jefe de área | Mensual |
| | 43 | Porcentaje de ocupación de Hospitalización COVID | (Días camas ocupados en hospitalización COVID / Días camas disponibles en hospitalización COVID) X 100 | Local | Local | 85% | 2% | 0% | 1% | No | | Jefe de área | Mensual |
| | 44 | Promedio de días estancias en Hospitalización COVID | Días estancia de los pacientes egresados de hospitalización COVID en un período determinado / Egresos de hospitalización COVID en el mismo período | Local | Local | 6-8 | 1 | 0 | 0.5 | No | | Jefe de área | Mensual |
| | 45 | Índice de sustitución de cama en Hospitalización COVID | (Días cama disponible - Días cama ocupado en hospitalización COVID) / Ingresos en hospitalización COVID | Local | Local | 0 - 1 | 19.7 | 0 | 9.85 | No | | Jefe de área | Mensual |
| | 46 | Porcentaje de cirugías mayores realizadas | Total, de cirugías mayores realizadas / Total de Cirugías realizadas (mayores + menores) X 100 | SIMMO W | SIMM OW | >60% | 50.6% | 58.0% | 54.3% | Poca demanda de pacientes para cirugía ginecológica y por referencia de pacientes obstétricas al tercer nivel por falta de ginecólogos de turno. | Cumplir metas programadas en PAO 2024 | Jefe de cirugía y jefe de gineco obstetricia | Mensual |
| INDICADORES DE LA ACTIVIDAD QUIRURGICA | 47 | Porcentaje de cirugías mayores electivas | No. de cirugías mayores electivas / Total de cirugías mayores realizadas X 100 | SIMMO W | SIMM OW | 60% | 65.7% | 54.6% | 60.2% | Poca demanda de pacientes para cirugía electiva en el segundo trimestre | Mantener metas programadas en POA 2024 | Jefe de cirugía y jefe de gineco obstetricia | Mensual |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|------------|------------|-------|------|------|------|---|---|--|---------|
| 48 | Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias | No. de cirugías mayores electivas ambulatorias realizadas en un periodo determinado / Total de cirugías mayores electivas realizadas en el mismo período X 100 | SIMMO W | SIMM OW | | 11% | 6% | 9% | Poca demanda de pacientes para cirugías ambulatoria se realizaron 34 cirugía ambulatorias en el periodo | Mantener metas programadas en POA 2024 | Jefe de cirugía y jefe de gineco obstetricia | Mensual |
| 49 | Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano | (No. de Cirugías mayores Electivas realizadas en un periodo de tiempo determinado / No. De Quirófanos electivos funcionado) / Total de días del período definido. (Días Laborales) | SIMMO W | Local | 4 | 1.74 | 1.47 | 1.61 | No se puede comparar con el estándar nacional porque solo se cuenta con 2 días programados para cirugías electivas, además por poca demanda fueron 185 cirugías | Realizar promoción en RIIS y mantener meta conforme a la programación | Jefe de cirugía y jefe de gineco obstetricia | Mensual |
| 50 | Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano | (No. de Cirugías mayores de Emergencia realizadas en un periodo de tiempo determinado / No. De Quirófanos de emergencia funcionado) / Total de días del período definido. (Días Calendario) | SIMMO W | Local | | 0.67 | 0.68 | 0.68 | No tenemos cirujanos de turno nocturnos y a veces ginecólogos por lo tanto los pacientes se refieren a tercer nivel de atención. | Mantener metas programadas en POA 2024 | Jefe de cirugía y jefe de gineco obstetricia | Mensual |
| 51 | Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas | No. de cirugías mayores electivas suspendidas / número de cirugías mayores electivas programadas X 100 | SIMMO W | SIMM OW | 5% | 7.6% | 0.0% | 3.8% | Se suspendieron 5 cirugías por anestesia no dio paso, prolongación de procedimiento y falta de examen previo a la cirugía | Programar las cirugías suspendidas y mantener la meta | Jefe de cirugía y jefe de gineco obstetricia | Mensual |
| 52 | Índice de cesáreas | No. de cesáreas / Total de partos X 100 | SIMMO W | SIMM OW | 10-15 | 29% | 33% | 31% | Se espera que con base en la programación el índice de cesárea en nuestro hospital no sea mayor de 19%, pero durante el trimestre tiene un índice de cesárea de 33% , se realizaron 87 cesáreas . Todas indicadas por obstetras | Cumplimiento de Guías clínicas para indicaciones de cesáreas | Jefe de Ginecología | Mensual |
| 53 | Porcentaje de cesáreas de primera vez | No. de cesáreas de primera vez / Total de partos X 100 | SIMMO W | SIMM OW | | 20% | 21% | 21% | Las cesáreas realizadas de primera vez son 59 por indicaciones absolutas | Mantener metas programadas en POA 2024 | Jefe de Ginecología | Mensual |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----|--|--|--|-------|---------|-------|-------|-------|---|--|------------------------------|---------|
| | 54 | Porcentaje de quirófanos funcionando | No. de quirófanos funcionando / Total de quirófanos existentes X 100 | Local | Local | 100% | 100% | 100% | 100% | No se cuenta con suficiente personal de enfermería y para cubrir la totalidad de utilidad del quirófano 2, uno de ellos funciona los martes y jueves para cirugía electiva. | Mantener metas programadas en POA 2024 | Jefa de sala de operaciones | Mensual |
| | 55 | Tiempo promedio (días) de espera para Cirugía General electiva | Sumatoria de días de espera por paciente para Cirugía General electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para Cirugía General electiva. | SIS/SPME | | 60 | 30 | 27 | 28.5 | No | Mantener metas programadas en POA 2024 | Jefe de cirugía | Mensual |
| | | 44.9 Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva de Ginecología | Sumatoria de días de espera por paciente para cirugía electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para cirugía electiva | SIS/SPME | | 60 | 30 | 27 | 28.5 | No | Mantener los tiempos programados | Jefe de Ginecología | Mensual |
| INDICADORES DE ABASTECIMIENTO | 76 | Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital. | No. de medicamentos del cuadro básico en existencia en el hospital / Total de medicamentos del cuadro básicos X 100 | Kárdex de medicamento (Farmacia y Almacenes) | | 80% | 97.8% | 95.4% | 96.6% | Durante el semestre hubo desabastecimiento de 9 medicamentos | Mantener arriba del 80% | Asesor de suministro médicos | Mensual |
| INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | 77 | Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos | No. pacientes con infección asociada en la atención sanitaria / Total de egresos X 100 | SPME | SPME | | 0.0% | 0.3% | 0.2% | Durante periodo evaluado se identificaron 3 IAAS | Mantener Tasas de IAAS baja | Comité de IAAS | Mensual |
| | 78 | Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico | (No. pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que se evidencie una infección en el sitio quirúrgico / Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente) X 100 | Instrumentos de registro de comité IAAS | | 3 - 7.5 | 0.0% | 0.6% | 0.3% | Durante periodo evaluado se identificaron 2 heridas infectadas | Mantener porcentaje de ISQ bajo | Comité de IAAS | Mensual |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|----|--|---|---------|---------|-----|-------|-------|-------|---|---|---|---------|
| INDICADOR FINANCIERO | 79 | Porcentaje de ejecución presupuestaria | Presupuesto ejecutado / Presupuesto programado X 100 | SAFI | SAFI | 95% | 77.4% | 98.7% | 88.1% | Durante el periodo evaluado se tuvo procesos de compras por concluir | Mantener meta programada del 95% | Jefe de UFI | Mensual |
| INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS | 80 | Tasa bruta de mortalidad | No. Total de muertes en un período determinado / Egresos del mismo periodo X 100 | SIMMO W | SIMM OW | | 0.5% | 1.4% | 1.0% | La tasa bruta de mortalidad es de 0.96(12 defunción) y el año 2023 fue de 0.34(4 muertes). | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| | 81 | Tasa neta de mortalidad | No. de muertes ocurridas después de 48 horas de ingreso en un periodo determinado / Total de egresos del mismo periodo X 100 | SIMMO W | SIMM OW | | 0.0% | 0.3% | 0.2% | Durante semestre se reportó dos defunciones después de 48 horas en el mes de junio, y en año 2023 uno | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| | 82 | Razón de mortalidad materna | No. de muertes maternas de un período / Nacidos vivos del período X 100,000 | SIMMO W | SIMM OW | | 0 | 0 | 0 | No | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| | 83 | Tasa de mortalidad infantil | No. de muertes en niños menores de 1 año en un periodo / Total de nacidos vivos del periodo X 1,000 | SIMMO W | SIMM OW | | 0 | 0 | 0 | No | | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| | 84 | Tasa de mortalidad fetal tardía | No. de muertes fetales (37 semanas de gestación hasta antes de nacer) de un período determinado / Total de nacidos de ese período X 1,000 | SIMMO W | SIMM OW | | 0 | 0 | 0 | No | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| | 85 | Tasa de mortalidad neonatal | Defunciones niños menores de 28 días de un período determinado / Total de recién nacidos vivos del período X 1,000 | SIMMO W | SIMM OW | | 0 | 0 | 0 | No | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--|------------|------------|--|--------|---------|--------|--|--|---|---------|
| 86 | Tasas de mortalidad infantil post neonatal | Defunciones en niños de 28 a 364 días de edad de un periodo / Total de nacidos vivos del periodo X 1,000 | SIMMO W | SIMM OW | | 0 | 0 | | No | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| 87 | Tasa recién nacidos de bajo peso. | Recién nacidos vivos con peso menor de 2,500 grs. de un periodo / N° recién nacidos vivos del periodo X 1,000 | SIMMO W | SIMM OW | | 55.03% | 107.72% | 81.38% | Tasa de recién nacido de bajo peso es mayor que el primer semestre del año 2023 que fue de 40.8 15 RN) y durante este año nacieron (23 recién nacidos). | Abordar tema de bajo peso de recién nacidos en reuniones e RISS municipal para mejorar calidad de controles prenatales en UCSF | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| 88 | Tasa recién nacidos de muy bajo peso. | Recién nacidos vivos con peso menor de 1.500 grs. de un periodo / N° recién nacidos vivos del periodo X 1,000 | SIMMO W | SIMM OW | | 0 | 0 | 0 | No | | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| 89 | Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte | No. de muertes asociadas a accidentes de transportes en un periodo determinado / Total de egresos por accidentes de transporte del mismo periodo X 100 | SIMMO W | SIMM OW | | 0 | 0 | 0 | No | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| 90 | Tasa de mortalidad por traumatismos | No. de muertes asociadas a traumatismos en un periodo determinado / Total de egresos por traumatismos del mismo periodo X 100 | SIMMO W | SIMM OW | | 0 | 0 | 0 | No | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| 91 | Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente | No. de muertes asociadas a lesiones auto infligidas intencionalmente / Total de egresos por la misma causa y en el mismo periodo X 100 | SIMMO W | SIMM OW | | 0 | 33% | 17% | Se presento una muerte autoinfligida por intoxicación con plaguicidas durante el semestre | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|--|--|--|------|------|------|--|---|---|---------|
| 92 | Tasa de letalidad por neumonía | Total de pacientes que fallecieron producto de una neumonía en un periodo determinado / Egresos por Neumonía en el mismo periodo X 100 | SIMMO W | SIMM OW | | 0% | 1% | 0.5% | Se presento una muerte por neumonía durante el trimestre | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| 93 | Tasa de letalidad por COVID-19 (Sospechoso, Confirmado) | Total de pacientes que fallecieron producto de COVID-19 en un periodo determinado / Total de egresos por COVID-19 en el mismo periodo X 100 | SIMMO W | SIMM OW | | 0% | 0% | 0% | No | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| 94 | Tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica en UCI. | (Número de episodios de NAVM en el periodo / Número total de días de ventilación mecánica invasiva) x 1000 | Libro de registro de eventos adversos de la UCI. | Libro de registro de eventos adversos de la UCI. | 12 episodios por 1000 días de ventilación mecánica | 0.0% | N/A | 0% | N/A | N/A | N/A | N/A |
| 95 | Tasa de letalidad por diarrea | Total que de pacientes que fallecieron producto de una diarrea en un periodo determinado / Total de egresos por Diarrea en el mismo periodo X 100 | SIMMO W | SIMM OW | | 0.0% | 5.6% | 2.8% | Se presento una muerte por diarrea durante el trimestre | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| 96 | Tasa de letalidad por IRC. | Total de pacientes que fallecieron producto de una Insuficiencia Renal Crónica en un periodo determinado / Total de egresos por IRC en el mismo periodo X 100 | SIMMO W | SIMM OW | | 0.0% | 50% | 25% | Se presento dos muertes por ERC durante el trimestre | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
| 97 | Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus | Total de pacientes que fallecieron producto de una Diabetes Mellitus en un periodo determinado / Total de egresos por DM en el mismo periodo X 100 | SIMMO W | SIMM OW | | 0.0% | 7.0% | 3.5% | Se presento dos muertes por DM durante el trimestre | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|--|--|------------|------------|--|----|----|----|--|---|---|---------|
| | 98 | Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos | Total de pacientes que fallecieron producto de una Trastornos Hipertensivos en un periodo determinado / Total de egresos por HTA en el mismo periodo X 100 | SIMMO W | SIMM OW | | 0% | 0% | 0% | Durante período evaluado no se reportó ni guna defunción por HTA | Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención | Jefe de médicos generales y jefe de División médica | Mensual |
|--|----|--|--|------------|------------|--|----|----|----|--|---|---|---------|