



MINISTERIO  
DE SALUD



**EVALUCION DE POA**  
**HOSPITAL NACIONAL DE CIUDAD BARRIOS “**  
**(ENERO– DICIEMBRE)**  
**AÑO 2024**

**RESPONSABLE: Dra. Norma Esperanza Ortiz de Hernández**

Referente de planificación del Hospital de Ciudad Barrios

ENERO 2025

## INDICE

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

<b>PRODUCCION HOSPITALARIA</b>														
<b>HOSPITAL NACIONAL MONSEÑOR OSCAR ARNULFO ROMERO DE CIUDAD BARRIOS</b>														
<b>ENERO - DICIEMBRE 2024</b>														
<b>CONSULTA EXTERNA</b>														
<b>Cumplimiento global de 93.1%</b>														
84% y menos														
85% - 89%														
90% - 94%														
95% - 100%														
101% y más														

ESPECIALIDAD	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			TOTAL		
	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%
Medicina General	1,020	802	79%	1,020	859	84%	1,020	945	93%	1,020	906	89%	4,080	3,512	86%
Medicina interna	0	77	ND	0	122	ND	0	147		0	229	ND	0	610	ND
Cirugía General	162	168	104%	162	230	142%	162	257	159%	162	236	141%	653	891	136%
Pediatría General	162	153	94%	162	158	98%	162	145	90%	162	139	85%	650	595	92%
Ginecología	162	182	112%	162	130	80%	162	143	88%	162	216	129%	653	698	107%
Obstetricia	366	189	52%	366	209	57%	366	174	48%	366	191	51%	1,469	763	52%
<b>Total</b>	<b>1,872</b>	<b>1,571</b>	<b>84%</b>	<b>1,872</b>	<b>1,708</b>	<b>91%</b>	<b>1,872</b>	<b>1,811</b>		<b>1,872</b>	<b>1,917</b>	<b>102%</b>	<b>7,505</b>	<b>7,069</b>	<b>94%</b>
<b>Otras Atenciones Consulta Externa Médica</b>															
Bienestar magisterial	6	0	0%	6	9	150%	2	20	333%	2	23	329%	25	54	216%
Psicología	255	137	54%	255	135	53%	85	98	38%	85	41	16%	1,020	413	40%

Al realizar análisis de consulta externa durante el año 2024 se observa que medicina general alcanzo 86% de atenciones brindadas y consulta de especialidades básicas es 104% entre todas las especialidades , oscilando 52% en obstetricia por incapacidades por maternidad de 2 ginecologos a 136% en cirugía ya se cuenta con 3 cirujanos, Medicina interna no se programo por no tener medico internista al elaborar la POA y se tiene que se brindaron 610 atenciones, a 107% en ginecología, , 92% en pediatría. Se evidencia similar porcentaje de atenciones en los cuatro trimestres , además en área de psicologíaes baja se alcanzo un 40% y BM un 216%. Cumplimiento global de consulta de externa 88.1%

**CONSULTA DE EMERGENCIA**

ESPECIALIDAD	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			TOTAL		
	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%
Medicina interna	15	46	307%		66	440%	15	34	227%	25	8	32%	70	154	220%
Cirugía General	150	138	92%	150	169	113%	150	208	139%	150	214	143%	600	729	122%
Pediatría General	150	117	78%	150	83	55%	150	62	41%	150	41	27%	600	303	51%
Ginecología	12	6	50%	12	2	17%	12	2	17%	16	2	13%	52	12	23%
Obstetricia	210	49	23%	210	64	30%	210	40	19%	220	85	39%	850	238	28%
Bienestar magisterial	6	10	167%	6	47	783%	6	56	933%	7	47	671%	25	160	640%
Medicina general	1,749	1,879	107%	1,749	2,376	136%	1,749	2,796	160%	1,753	2,435	139%	7,000	9,486	136%
<b>Total</b>	<b>2292</b>	<b>2,245</b>	<b>98%</b>	<b>2277</b>	<b>2,807</b>	<b>122%</b>	<b>2292</b>	<b>3.198</b>	<b>140%</b>	<b>2,321</b>	<b>2,832</b>	<b>110%</b>	<b>9,197</b>	<b>11,082</b>	<b>120%</b>

En cuanto a las atenciones en el área de la emergencia se observa baja la consulta especializada alcanzando un 66% , oscilando 23% en ginecología a 220% en medicina interna, cirugía con 122% . Medicina general con 136% ,obteniendo cumplimiento de meta en emergencia de 120% . Con un alza en los primeros tres trimestres . La mayoría de las consultas brindadas en el área son por médicos generales .



**PARTOS**

Actividad	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			TOTAL		
	Programad	Realizado	%	Programad	Realizado	%	Programad	Realizado	%	Programad	Realizado	%	Programad	Realizado	%
Partos vaginales	162	104	64%	162	92	57%	162	119	73%	170	113	66%	656	428	65%
Partos por Cesáreas	36	42	117%	36	45	125%	36	38	106%	46	39	85%	154	164	106%
<b>Total partos</b>	<b>198</b>	<b>146</b>	<b>74%</b>	<b>198</b>	<b>137</b>	<b>69%</b>	<b>198</b>	<b>157</b>	<b>79%</b>	<b>216</b>	<b>152</b>	<b>70%</b>	<b>810</b>	<b>592</b>	<b>73%</b>
Índice de cesáreas	19%	29%		19%	33%		19%	24%		19%	26%		19%	28%	

De enero a diciembre del 2024 se evidencia cumplimiento de meta de atención de parto de 73%, atendiendo el 65% de partos vaginales y 106% por cesáreas, con un índice de cesárea de 28%.Evidenciándose un descenso en la atención del parto en el segundo trimestre y con índice de cesáreas de disminuido en cuarto trimestre

**CIRUGIAS MAYORES**

Cirugía Mayor	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			TOTAL		
	Programad	Realizado	%	Programad	Realizado	%	Programad	Realizado	%	Programad	Realizado	%	Programad	Realizado	%
Electivas para Hospitalización	45	84	187%	45	86	191%	45	80	178%	50	61	122%	185	313	169%
Electivas Ambulatorias	18	10	56%	18	5	28%	18	11	61%	25	18	72%	79	44	56%
De Emergencia para Hospitaliz	48	41	85%	48	57	119%	48	39	81%	56	48	86%	200	186	93%
De Emergencia Ambulatoria	6	11	183%	6	7	117%	6	13	217%	17	5	29%	35	36	103%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>146</b>	<b>125%</b>	<b>117</b>	<b>155</b>	<b>132%</b>	<b>117</b>	<b>143</b>	<b>122%</b>	<b>148</b>	<b>132</b>	<b>127%</b>	<b>499</b>	<b>579</b>	<b>116%</b>

En cuanto a cirugías mayores, de enero a diciembre se tiene un rango de cumplimiento de un 116% cirugías , con porcentaje de cirugías de emergencia de 95% y un 135% cirugías electivas ,evidenciándose que un alza en el en todos los trimestre, debido que se cuenta con cirujanos de lunes a viernes, se realizo una jornada quirurgica, descenso en cirugía ambulatoria en un 70%(80).



DIGNOSTICO .TRATAMIENTO Y REHABILITACION															
Actividades	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			TOTAL		
	Pros.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Programado	Realizado	%	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Imagenología</b>															
Radiografías	1,548	1,157	75%	1,548	1,649	107%	1,548	1,875	121%	1,556	1,690	109%	6,200	7,132	115%
Ultrasonografías	249	256	103%	249	189	76%	249	390	157%	253	275	109%	1,000	1,177	118%
<b>Total</b>	<b>1797</b>	<b>1413</b>	<b>50%</b>	<b>1,797</b>	<b>1838</b>	<b>39%</b>	<b>1797</b>	<b>2265</b>	<b>126%</b>	<b>1,809</b>	<b>1,965</b>	<b>109%</b>	<b>7,200</b>	<b>8,309</b>	<b>115%</b>
<b>Anatomía Patológica</b>															
Biopsias Cuello Uterino	0	9	NA	0	3	NA	0	1	ND	10	4	40%	10	17	170%
Biopsias Mama	0	1	NA	0	2	NA	0	1	ND	10	0	0%	10	6	60%
Biopsias Otras partes del cuerpo	15	27	180%	15	19	127%	15	16	107%	25	20	80%	70	85	121%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>37</b>	<b>77%</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>83%</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>120%</b>	<b>45</b>	<b>24</b>	<b>53%</b>	<b>90</b>	<b>108</b>	<b>120%</b>
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>															
Electrocardiogramas	87	75	86%	87	62	71%	87	91	105%	89	84	94%	350	344	98%
Espirometrías	0	0	ND	3	0	0%	3	0	0%	1	0	0%	10	0	0%
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>75</b>	<b>115%</b>	<b>90</b>	<b>62</b>	<b>93%</b>	<b>90</b>	<b>91</b>	<b>101%</b>	<b>90</b>	<b>84</b>	<b>93%</b>	<b>360</b>	<b>344</b>	<b>96%</b>
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>															
Cirugía Menor	75	14	19%	75	12	16%	75	13	17%	75	10	13%	300	49	16%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	1,998	2,289	115%	1,998	884	44%	1,998	3,078	154%	2,006	2,967	148%	8,000	10,915	136%
Inhaloterapia	1,248	1,997	160%	1,248	2,419	194%	1,248	3,358	269%	1,256	1,825	145%	5,000	9,599	192%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	8,373	12,560	150%	8,373	16,277	194%	8,373	16,991	203%	8,381	17,153	205%	33,500	62,981	188%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	6,948	6,300	91%	6,948	8,229	118%	6,948	10,356	149%	6,956	7,594	109%	27,800	32,479	117%
<b>Total</b>	<b>18,642</b>	<b>23,160</b>	<b>79%</b>	<b>18,642</b>	<b>27,821</b>	<b>101%</b>	<b>18642</b>	<b>33796</b>	<b>181%</b>	<b>18674</b>	<b>29549</b>	<b>158%</b>	<b>74600</b>	<b>116023</b>	<b>156%</b>
<b>Trabajo Social</b>															
Casos Atendidos	600	356	59%	600	399	67%	600	871	145%	600	601	100%	2,400	2227	93%

En imagenología un cumplimiento en el año del 115%, anatomía patológica de 120%, EKG 96%, tratamiento y rehabilitación de 156%, se tiene un incremento en las recetas dispensadas ambulatorias porque se está abasteciendo al centro penal por telemedicina por acuerdo ministerial, mantenimiento durante todo el año de cirugía menor baja 16% por subregistro y trabajo social de 93%, Cumplimiento de DX, TX R, rehabilitación es de 150%

**LABORATORIO CLINICO Y BANCO DE SANGRE**

Actividades	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Programado	Realizado	%	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Hematología</b>															
Consulta Externa	498	516	104%	498	996	200%	498	660	133%	506	608	120%	2,000	2,780	139%
Hospitalización	2,499	677	27%	2,499	730	29%	2,499	795	32%	2,503	568	23%	10,000	2,770	28%
Emergencia	1,500	3,151	210%	1,500	3,570	238%	1,500	4,180	279%	1,500	3,248	217%	6,000	14,149	236%
Referido / Otros	624	1,805	289%	624	2,814	451%	624	2,934	470%	628	3,020	481%	2,500	10,573	423%
<b>Total</b>	<b>5121</b>	<b>6149</b>	<b>106%</b>	<b>5121</b>	<b>8110</b>	<b>88%</b>	<b>5121</b>	<b>8569</b>	<b>167%</b>	<b>5137</b>	<b>7444</b>	<b>145%</b>	<b>20500</b>	<b>30272</b>	<b>148%</b>
<b>Inmunología</b>															
Consulta Externa	123	88	72%	123	97	79%	123	74	60%	131	90	69%	500	349	70%
Hospitalización	549	182	33%	549	186	34%	549	202	37%	553	126	23%	2,200	696	32%
Emergencia	387	1,038	268%	387	1,031	266%	387	1,186	306%	389	818	210%	1,550	4,073	263%
Referido / Otros	249	1,278	513%	249	1,318	529%	249	1,979	795%	253	857	339%	1,000	5,432	543%
<b>Total</b>	<b>1308</b>	<b>2586</b>	<b>160%</b>	<b>1308</b>	<b>2632</b>	<b>173%</b>	<b>1308</b>	<b>3441</b>	<b>163%</b>	<b>1326</b>	<b>1891</b>	<b>143%</b>	<b>5250</b>	<b>10550</b>	<b>201%</b>
<b>Bacteriología</b>															
Consulta Externa	111	45	41%	111	86	77%	111	117	105%	117	129	110%	450	390	87%
Hospitalización	375	204	54%	375	210	56%	375	273	73%	375	248	66%	1,500	955	64%
Emergencia	75	259	345%	75	366	488%	75	394	525%	75	391	521%	300	1,498	499%
Referido / Otros	225	450	200%	225	493	219%	225	701	312%	225	613	272%	900	2,329	259%
<b>Total</b>	<b>786</b>	<b>958</b>	<b>95%</b>	<b>786</b>	<b>1155</b>	<b>94%</b>	<b>786</b>	<b>1485</b>	<b>189%</b>	<b>792</b>	<b>1381</b>	<b>174%</b>	<b>3150</b>	<b>5172</b>	<b>164%</b>
<b>Parasitología</b>															
Consulta Externa	75	74	99%	75	63	84%	75	77	103%	75	81	108%	300	295	98%
Hospitalización	123	32	26%	123	32	26%	123	27	22%	131	14	11%	500	105	21%
Emergencia	111	501	451%	111	385	347%	111	324	292%	117	260	222%	450	1,470	327%
Referido / Otros	123	281	228%	123	265	215%	123	505	411%	131	398	304%	500	1,449	290%
<b>Total</b>	<b>432</b>	<b>888</b>	<b>115%</b>	<b>432</b>	<b>745</b>	<b>164%</b>	<b>432</b>	<b>933</b>	<b>216%</b>	<b>454</b>	<b>753</b>	<b>166%</b>	<b>1750</b>	<b>3319</b>	<b>190%</b>
<b>Bioquímica</b>															
Consulta Externa	1,749	1,619	93%	1,749	1,896	108%	1,749	2,881	165%	1,753	2,485	142%	7,000	8,881	127%
Hospitalización	4,071	1,475	36%	4,071	1,610	40%	4,071	1,622	40%	4,074	1,116	27%	16,287	5,823	36%
Emergencia	3,798	7,124	188%	3,798	7,104	187%	3,798	8,399	221%	3,806	6,169	162%	15,200	28,796	189%
Referido / Otros	1,875	7,616	406%	1,875	8,657	462%	1,875	9,015	481%	1,875	11,039	589%	7,500	36,327	484%
<b>Total</b>	<b>11,493</b>	<b>17,834</b>	<b>170%</b>	<b>11,493</b>	<b>19,267</b>	<b>136%</b>	<b>11,493</b>	<b>21917</b>	<b>191%</b>	<b>11508</b>	<b>20809</b>	<b>181%</b>	<b>45987</b>	<b>79827</b>	<b>174%</b>
<b>Banco de Sangre</b>															
Consulta Externa	123	110	89%	123	249	202%	123	148	120%	131	208	159%	500	715	143%
Hospitalización	498	89	18%	498	92	18%	498	80	16%	506	71	14%	2,000	332	17%
Emergencia	225	203	90%	225	321	143%	225	254	113%	225	198	88%	900	976	108%
Referido / Otros	150	144	96%	150	336	224%	150	471	314%	150	144	96%	600	1,095	183%
<b>Total</b>	<b>996</b>	<b>546</b>	<b>59%</b>	<b>996</b>	<b>998</b>	<b>55%</b>	<b>996</b>	<b>953</b>	<b>96%</b>	<b>1012</b>	<b>621</b>	<b>61%</b>	<b>4000</b>	<b>3118</b>	<b>78%</b>
<b>Uroanálisis</b>															
Consulta Externa	174	165	95%	174	228	131%	174	290	167%	178	263	148%	700	946	135%
Hospitalización	549	70	13%	549	89	16%	549	105	19%	553	90	16%	2,200	354	16%
Emergencia	423	1,085	257%	423	1,142	270%	423	1,354	320%	431	1,080	251%	1,700	4,661	274%
Referido / Otros	249	614	247%	249	743	298%	249	923	371%	253	730	289%	1,000	3,010	301%
<b>Total</b>	<b>1395</b>	<b>1934</b>	<b>106%</b>	<b>1395</b>	<b>2202</b>	<b>117%</b>	<b>1395</b>	<b>2672</b>	<b>192%</b>	<b>1415</b>	<b>2163</b>	<b>153%</b>	<b>5600</b>	<b>8971</b>	<b>160%</b>

**SERVICIOS GENERALES**

Actividades	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Programado	Realizado	%	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Alimentación y Dietas</b>															
<b>Hospitalización</b>															
Medicina	1,785	331	61%	1,785	1,211	68%	1,785	475	27%	1,792	424	24%	7,147	1,611	23%
Cirugía	759	218	42%	759	772	102%	759	373	49%	763	178	23%	3,040	1,052	35%
Ginecología	96	61	58%	96	320	333%	96	78	81%	106	208	196%	394	389	99%
Obstetricia	819	528	79%	819	1,644	201%	819	760	93%	819	779	95%	3,276	2,655	81%
Pediatría	1,203	506	59%	1,203	882	73%	1,203	748	62%	1,211	529	44%	4,820	2,414	50%
Otros (Convenios)	384	17	ND	384	171	45%	384	133	35%	385	15	4%	1,537	282	18%
<b>Total</b>	<b>5046</b>	<b>1661</b>	<b>63%</b>	<b>5046</b>	<b>5000</b>	<b>62%</b>	<b>5046</b>	<b>2567</b>	<b>51%</b>	<b>5076</b>	<b>2133</b>	<b>42%</b>	<b>20214</b>	<b>8403</b>	<b>42%</b>
<b>Lavandería</b>															
<b>Hospitalización</b>															
Medicina	16,371	2,245	14%	16,371	1,929	12%	16,371	4,086	25%	16,377	3,310	20%	65,490	11,570	18%
Cirugía	22,518	1,566	7%	22,518	7,342	33%	22,518	7,885	35%	22,528	6,881	31%	90,082	23,674	26%
Ginecología	813	521	64%	813	413	51%	813	459	56%	816	469	57%	3,255	1,862	57%
Obstetricia	11,529	3,423	30%	11,529	4,866	42%	11,529	9,387	81%	11,529	8,486	74%	46,116	26,162	57%
Pediatría	3,159	1,375	44%	3,159	1,202	38%	3,159	1,579	50%	3,163	1,127	36%	12,640	5,283	42%
Otros (Convenios)	96	79	82%	96	100	104%	96	99	103%	96	76	79%	384	354	92%
<b>Total</b>	<b>54,486</b>	<b>9,209</b>	<b>33%</b>	<b>54,486</b>	<b>15,852</b>	<b>33%</b>	<b>54,486</b>	<b>23,495</b>	<b>43%</b>	<b>54,509</b>	<b>20,349</b>	<b>37%</b>	<b>217,967</b>	<b>68,905</b>	<b>32%</b>
<b>Consulta</b>															
Consulta Médica General	69	31	45%	69	28	41%	69	32	46%	79	123	156%	286	214	75%
Consulta Médica Especializada	534	267	50%	534	320	60%	534	1,507	282%	544	1,312	241%	2,146	3,406	159%
<b>Total</b>	<b>603</b>	<b>298</b>	<b>43%</b>	<b>603</b>	<b>348</b>	<b>43%</b>	<b>603</b>	<b>1,539</b>	<b>255%</b>	<b>623</b>	<b>1,435</b>	<b>230%</b>	<b>2,432</b>	<b>3,620</b>	<b>149%</b>
<b>Emergencias</b>															
Emergencias	6,759	6,423	95%	6,759	5,898	87%	6,759	6,447	95%	6,762	5,871	87%	27,039	24,639	91%
<b>Mantenimiento Preventivo</b>															
Números de Orden	1,299	1,314	101%	1,299	1,037	80%	1,299	1,283	99%	1,303	1,336	103%	5,200	4,970	96%
<b>Transporte</b>															
Kilómetros Recorridos	36,249	38,480	106%	36,249	40,097	111%	36,249	44,919	124%	36,253	44,004	121%	145,000	167,500	116%

A consecuencia en la baja de ingresos hospitalarios, hay también una disminución en la producción de alimentación y dietas 42% y en lavandería en hospitalización 32% a manera general 39.3%. Hay 96% en mantenimiento

## INDICADORES DE GESTIÓN

Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Trimestre 1			Trimestre 2			Trimestre 3			Trimestre 4			Supuestos Externos	
				Prog	Real	%											
<b>Objetivo: Contribuir a reducir el impacto medio ambiental</b>																	
<b>Actividad 1.</b> 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	12	Jefe Mantenimiento	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad y bitacora de	Se realiza lectura de doro del agua todos los días por área de mantenimiento , realizan bitacora todos los días
	Monitoreo de consumo de energía eléctrica (Redbos de Energía Eléctrica.)	12	Jefe Unidad Financiera	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad	Durante el período 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 .Hasta diciembre se tiene un recibo apagar de \$129,415.02 con un promedio de KWH de 35,112.00 por mes
	Informes semestrales de reciclajes realizados/N° 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 realizo reciclaje de papel cartón plástico y latas un total de 1049
<b>Actividad 2.</b> 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%	0	0	25%	0	0	Se tiene coordinación con UCSF CB y elabora informe	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
<b>Objetivo: Contribuir a la prevención de enfermedades de transmisión hídrica y por alimentos a nivel hospitalario</b>																	
<b>Actividad 1.</b> Monitoreo de la vigilancia de la calidad del agua	(Análisis de Agua potable) Monitoreos realizados de la vigilancia de la calidad del agua /Monitoreos Programados X100	4	Inspector de Saneamiento Ambiental UCSFCB	1	3	100%	1	3	100%	1	4	100%	1	0	0	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 15 muestras enviadas hasta septiembre, en junio resultados elevada mayor de 8 de bacterias coliforme, resto de meses en límites normales En el cuarto trimestre no se tiene lectura de calidad de agua realizada por inspector de saneamiento ambiental de UCSF CB porque no han recibido resultado de la region oriental de salud
<b>Actividad 2.</b> 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	1	100%	1	0	0%	Se tiene coordinación con comité de Higiene y salud ocupacional	Durante el mes de febrero se realizo 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, abril por parte CSSO realizo supervisión área de cocina del hospital, además se le realizo chequeo medico al personal de alimentación y dieta. Durante el cuarto trimestre no se realizo ninguna supervisión al area de cocina
<b>Actividad 3.</b> 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	1	100%	1	0	0%	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																	
<b>Actividad 1.</b> 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%	27/30	90%	30%	30/30	100 %	Que haya personal asignado a realización de encuestas	Se realizo durante el año se realizó 110 encuestas de las cuales 92% son satisfactorias
<b>Actividad 2.</b> 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%	25/2247	1.10%	25%	102/2807	4%	25%	109/319	3%	25%	105/2832	3.7%	Personal asignado a Revisión del SIAP (Referencia y Retorno)	Durante periodo se atendieron 11084 pacientes en unidad de emergencia de los cuales 341 paciente que consulta dentro de 72 horas por mismo diagnóstico. con un cumplimiento de 3.1%. La mayoría son varones.
<b>Actividad 3.</b> 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%	0/3193	0%	25%	0/2832	0%	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																	
<b>Actividad 1.</b> 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%						Capacidad en agenda médica	Al realizar análisis de periodo evaluado se evidencia que solo el área de obstetricia no se esta 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
<b>Actividad 2.</b> Porcentaje de pacientes que consultan mas de 1 vez al mes por el mismo diagnóstico en consulta externa	Numero 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%						Revisión de SIAP	Se realizo análisis en el primer trimestre de pacientes que consultaron por mismo diagnóstico en el mes. Se tomaron dx como HTA, DME IRC se evidencio que 8% de consultas consultaran mas de una vez por mismo patología.

Objetivo :Adecuar procesos de atención hospitalaria ya implementados para brindar atención integral en salud en hospitalización																	
<b>Actividad 1.</b> Reunión con jefaturas para identificación de procesos ya implementados	Reuniones realizadas/reuniones programadas		Coordinadora UOC/Jefe Planificación	1	2/2	100%									Presencia de Jefaturas	Se realizaron 2 reuniones con personal de enfermería, no reportaron los últimos trimestres reuniones	
<b>Actividad 2.</b> Operativización de los procesos	Procesos implementados/Procesos programados	100%	Equipo de Gestión	66	46	70%	66	73	111%	66	42	64%	66	49	74%	Reuniones realizadas	Se ha alcanzado 80%(210) de los procesos de enfermería programados que fueron 264 debido a que se dejó de realizar por el incremento de usuarios en los servicios de partos y pediatría, personal se dedicó a la atención directa
Objetivo: Contribuir a disminuir la morbilidad materno neonatal mediante una atención eficaz oportuna y de calidad																	
<b>Actividad 1.</b> 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%	54/114	47%	25%	74/114	65%	Asistencia de personal médico a temas de educación continua ya previamente	Total de médicos y enfermería a capacitar durante todo el año es de 114 y durante el semestre se dieron 16 ateneos de los cuales se cumplió el 100% de los programados un 80%
<b>Actividad 2.</b> 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%	2/3	67%	25%	4/3	133%	Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad	Durante el año se realizó solo 4 simulaciones con un cumplimiento de 67%
<b>Actividad 3.</b> 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%	1/1	100%	25%	7/7	100%	Presentación de casos	Durante los cuatro trimestres se presentó 19 códigos rojos de los cuales se cumplió un 95% la aplicación de los lineamientos de código rojos
<b>Actividad 4.</b> 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%	25/29	86%	25%	24/29	83%	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 100%
<b>Actividad 5.</b> Fomentar acompañamiento continuo a la embarazada durante labor de parto	# Partos con acompañamiento/Numero de parto atendidos	100%	Gineco-Obstetricia y jefe de enfermería	25%	133/147	90%	25%	119/137	87%	25%	146/158	92%	25%	146/159	87%	Número de partos atendidos	Se atendieron 601 partos de los cuales 544 tuvieron acompañamiento, debido a motivos personales de la usuaria y otros que no están justificados, con un cumplimiento de 91%
<b>Actividad 6.</b> Realizar de tamizajes cardíaco y neonatal	n° tamizajes tomados/numero de tamizajes de recién nacidos que cumplen criterios	100%	Jefe de pediatría	25%	180/184	98%	25%	175/188	93%	25%	141/154	92%	25%	153/150	102%	Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad	Hemos mantenido de enero a diciembre 2024 cobertura de toma de tamizaje cardíaco 95% de 553 tamizados de 593 RN. Con un porcentaje de anomalías cardíacas de 1% dentro de las cuales se identificaron 3 pacientes con tamizaje anormal, se realizaron ecocardiogramas con reporte de PCA, HPC, CIV, MIOCARDIOPATIA DILATADAS.
<b>Actividad 7.</b> Capacitación al personal médico y para médico sobre NALS y ACEPTE	N° personal capacitado/N° de personal programado	100%	Jefe de pediatría	25%	6/8	75%	25%	6/8	50%	25%	16/16	100%	25%	6/8	75%	Contar recurso humano capacitado para realizar actividad	Sobre la capacitación de reanimación neonatal se realizaron programar y realizaron 5 capacitaciones de NPR durante todo el año, con un cumplimiento de 95% (38) participante de 40 programados. El segundo taller se realizó el 26-30 de abril. Se informa que en el último taller solo aprobaron cuatro trabajadores en salud ( 2 médico, 1 anestesiista, 1 enfermera) con un aprobación de 50% No se ha realizado taller de transporte neonatal para la atención de paciente crítico (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%	23/57	40%	25%	53/57	93%	Se tiene recurso humano capacitado para realizar actividad	Se socializo tema lavado manos con 228 participantes así como también el procesos de limpieza y desinfección hospitalaria, En el mes de mayo se llevo acabo la jornada de higiene de manos y se impartieron charlas alusiva al tema en la diferentes áreas. mes de octubre de celebro dia mundial de lavado de manos.Cumplimento durante el año de 75%
Actividad 2. Cumplimiento de profilaxis con antibiótico según normativa.	(#de cirujías con antibiótico profilaxis / #total de cirujías) X100	100%	Jefe de Grugía General	25%	109/114	96%	25%	128/135	95%	25%	100/115	87%	25%	107/107	98%	Contar recurso humano capacitado para realizar actividad	En el saño 2024 cumplió un 94.3% de profilaxis, fueron 471 cirujíasrealizadas y se les cumplio profilaxis 444. A 27 no se les indico porque estaban cumpliendo tratamiento y otros presentaron reacción adversa.
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%	0	0%	25%	0	0%	25%	0	0%	Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad Asistencia reducida de participantes por acudir a otras	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%	3/3	100%	10%	2/9	22%	20%	5/9	56%	10%	2/3	67%	Se cuenta con el recurso humano para realizar actividad	se han realizado 12 auditorias de las cuales muertes materternas 2y 10 infantiles, ninguna mortalidad de adulto auditadas con un cumplimiento de un50%
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	100%	25%	6/6	100%	25%	5/6	83%	25%	4/6	67%	Priorización de temáticas según el comportamiento epidemiológico del hospital	Se han realizaron 21 sesiones de las 24 programadas en el año con un cumplimiento del 88%
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 2024	Plan diseñado y operativo	100%	RRHH	25%	16/17	90%	25%	22/30	73%	25%	9	10	110%	5/7	71%	Temáticas aportadas por las jefaturas	Se realizaron 52 eventos de los programados 64 con un cumplimiento de 81.3%.
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%	2/15	13%	25%	3/4	75%	Asignación presupuestaria.	Hasta el cuarTO trimestre se han realizado 17 contratados ointraracione de laS 52 necesrias con un cumplimiento de 33%

## EVALUACION DE INDICADORES HOSPITALARIOS HOSPITAL NACIONAL CIUDAD BARRIOS.AÑO 2024

INDICADORES	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	ESTÁNDAR	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	CONSOLIDADO TRIMESTRAL	LIMITANTES	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA SEGUIMIENTO		
<b>INDICADORES DE EMERGENCIA</b>	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	1.67	1.57	1.5	Se atienden paciente que debería ser vistos en consulta externas y por la 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)		<b>Sobresale 2 hrs. Aceptable hasta 3 hrs.</b>	2:57:40	0:19:00	2:13:30	1:11:20	1:51:48	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)		<b>Sobresale 2 hrs. Aceptable hasta 3 hrs.</b>	1:38:00	0:41:00	1:07:20	0:51:50	0:53:00	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)		<b>Sobresale 2 hrs. Aceptable hasta 3 hrs.</b>	1:57:00	0:45:40	0:35:40	1:08:20	0:52:22	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)		<b>Sobresale 2 hrs. Aceptable hasta 3 hrs.</b>	2:43:30	0:56:10	0:56:10	0:46:20	1:34:35	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)		<b>Sobresale 2 hrs. Aceptable hasta 3 hrs.</b>	2:27:00	0:18:06	1:02:00	1:42:40	1:29:49	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 médica especializada de primera vez	Total de consultas médicas especializada subsecuentes / T total de consultas médicas especializada de primera vez	SIMMOW		2.0 - 4.0	3.26	2.41	3.9	2.8	3.1	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	(N°. de consultas externas realizadas en un periodo determinado / T total de consultorios que se encuentran funcionando) / T total de días hábiles del periodo analizado	SIMMOW	Local	21 - 28	14.71	15.19	15.46	14.5	15.2	Baja cobertura por especialistas	Cumplir programación de PAO 2024	Jefe de División Médica	Mensual
	5	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIS/SPME		30 días o menos	10	8.7	4	8.7	8	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	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIS/SPME		30 días o menos	17	15.3	30.3	23.3	22	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	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIS/SPME		5 días o menos	9	8	21	6	11	Durante el periodo evaluado se han presentado 2 Médico ginecólogo incapacitados por maternidad	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	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIS/SPME		30 días o menos	9	35.3	54.3	38.3	34	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	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIS/SPME		30 días o menos	21.7	14.7	23.7	13.3	18	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	5.22	3.8	4.5	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, hubieron camas disponibles esto es debido a pocos ingresos en el área, por lo que el índice de sustitución alto. Se observel año 2024 fueron por neumonía, diarreas, mas frecuente en menores de 1 año y del periodo perinatal los diagnósticos mas frecuentes, de recién nacidos afectados por condiciones matema como infección de vías urinarias y ruptura prematura de membrana, recién nacido hijo de madre con preclamsia, bajo peso, macrosomía e ictericia neonatal y malformaciones congénitas. Una de las limitantes es pocos pediatras en la institución	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%	37%	46%				
12	Promedio de días estancias Pediatría	Días estancia de los pacientes egresados de Pediatría en un periodo determinado / egresos de Pediatría en el mismo periodo	SPME	2-4	3.32	3.71	3.07	3.1	3.3				
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	3.04	5.1	3.9				
18	Giro Cama Ginecología	Total de egresos de especialidad de Ginecología / No. de camas censables asignadas a Ginecología	SPME	13	4.33	5.3	3.7	4	4.3				
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%	49.0%	56.0%	54.0%				
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	5.17	4.4	4.1				
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	5.28	9.8	5.2				

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	4.39	4.4	4.6	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%	42.2%	35.0%	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	2.61	2.5	2.5				
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	3.65	4.5	4.2				
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	2.73	2.3	2.6				
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%	38.7%	37.0%	36.0%				
28	Promedio de días estancias Medicina Interna	Días estancia de los pacientes egresados de Medicina Interna en un periodo determinado / egresos de Medicina Interna en el mismo periodo	SPME	6-8	4.37	4.15	4.15	4.3	4.3				
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	7.06	8.6	8.1				
30	Giro Cama Cirugia General	Total de egresos de especialidad de Cirugia / No. de camas censables asignadas a Cirugia	SPME	4-7	5.87	6.87	6.73	4.7	6	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 mas ingresos durante todo el año debido a que se realizo una jornada quirúrgica y se cuenta con cirujanos todos los días. La mayoría de ingresos son por apendicite, hernias, coleditiatis 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
31	Porcentaje de ocupación del Servicio de Cirugia General	(Días camas ocupados en Cirugia / Días camas disponibles en cirugía) X 100	SPME	85%	69.9%	81.1%	105.6%	49.0%	76.0%				
32	Promedio de días estancias Cirugia General	Días estancia de los pacientes egresados de Cirugia en un periodo determinado / egresos de Cirugia en el mismo periodo	SPME	4-7	3.638	3.6	4.56	3.4	3.8				
33	Índice de sustitución de cama en Cirugia General	(Días cama disponible - Días cama ocupado en cirugía) / Ingresos en Cirugia	SPME	0 - 1	1.61	1.61	-0.12	3.6	1.5				

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	0	0.3	Durante el primer semestre un ingreso	Cumplir lineamientos de COVID 19	Jefe de área
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%	0%	0%	1%	No		Jefe de área
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	0	3	No		Jefe de área
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	0	0	59	No		Jefe de área

## INDICADORES DE LA ACTIVIDAD QUIRURGICA

46	Porcentaje de cirugías mayores realizadas	Total de cirugías mayores realizadas / Total de Cirugías realizadas (mayores + menores) X 100	SIMMOW	SIMMOW	>60%	50.2%	57.0%	63.0%	66.0%	59.0%	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
47	Porcentaje de cirugías mayores electivas	No. de cirugías mayores electivas / Total de cirugías mayores realizadas X 100	SIMMOW	SIMMOW	60%	64.3%	58.3%	64.0%	72.0%	65.0%	Hubo 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 periodo X 100	SIMMOW	SIMMOW		11%	6%	12%	24%	13%	Poca demanda de pacientes para cirugías ambulatoria se realizaron 35 cirugía ambulatorias de las cuales 35 son megencia y 47 electivas	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 periodo definido.(Días Laborales)	SIMMOW	Local	4	1.67	1.51	1.49	1.4	1.5	No se puede comparar con el estándar nacional porque solo se cuenta con 2 días programados para cirugías electivas, además por poca demanda fueron 352 cirugías	Realizar promoción en R.IIS 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 periodo definido.(Días Calendario)	SIMMOW	Local		0.57	0.7	0.58	0.5	0.6	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	SIMMOW	SIMMOW	5%	7.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%	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	SIMMOW	SIMMOW	10- 15	29%	33%	24.20%	29.30%	29%	Se espera que con base en la programación el índice de cesárea en nuestro hospital no sea mayor de 19%, pero durante el año se tiene un índice de cesárea de 29%, se realizaron 164 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	SIMMOW	SIMMOW		20%	21%	11%	22%	19%	Las cesáreas realizadas de primera vez son 107 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%	100.0%	100.0%	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	29	29	29	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	29	27	28	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%	91.5%	92.6%	94.3%	Durante el año hubo desabastecimiento de 18 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		0.2%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	Durante el año 2024 se identificaron y notificaron 6 IAAS	Mantener Tasa de IAAS baja	Comité de IAAS
78		Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico	(No. pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que se evidencian una infección en el sitio quirúrgico / Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente) X 100	Instrumentos de registro de comité IAAS		3 - 7.5	0.6%	0.6%	0.7%	0.0%	0.5%	Durante periodo evaluado se identificaron 3 heridas infectadas 2 por cesareay una en cirugía en herida en rodilla	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%	94.6%	103.8%	93.6%	Durante el año evaluado se tuvo procesos de compras por concluir, pero en el último mes se realizaron reprogramaciones presupuestarias	Mantener meta programada del 95%	Jefe de UFI	Mensual

## INDICADORES EPIDEMIOLÓGICO

80	Tasa bruta de mortalidad	No. Total de muertes en un período determinado / Egresos del mismo período X 100	SIMMOW	SIMMOW		<b>0.5</b>	<b>1.4</b>	<b>1.3</b>	<b>0.5</b>	<b>0.95</b>	La tasa bruta de mortalidad es de 0.99(24 defunción) y el año 2023 fue de 0.57( 14 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 período determinado / Total de egresos del mismo período X 100	SIMMOW	SIMMOW		<b>0.0</b>	<b>0.3</b>	<b>0.3</b>	<b>0.0</b>	<b>0.2</b>	Durante el año e reporto dos defunciones después de 48 horas igual que el 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	SIMMOW	SIMMOW		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	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 período / Total de nacidos vivos del período X 1,000	SIMMOW	SIMMOW		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	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	SIMMOW	SIMMOW		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>21.2</b>	<b>8.8</b>	<b>7.48</b>	Se reportaron 4 muertes fetales durante el año 2024 y en el año 2023 fueron 8 con una tasa de 8.03	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	SIMMOW	SIMMOW		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	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 período / Total de nacidos vivos del período X 1,000	SIMMOW	SIMMOW		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	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 período / N° recién nacidos vivos del período X 1,000	SIMMOW	SIMMOW		<b>55.30</b>	<b>107.72</b>	<b>11.80</b>	<b>27.90</b>	<b>50.62</b>	Tasa de recién nacido de bajo peso es mayor que el año 2023 que fue de 56.6( 42 R.N) y durante este año nacieron ( 30 recién nacidos de bajo peso).	Abordar tema de bajo peso de recién nacidos en reuniones e R ISS municipal para mejorar calidad de controles prenatales	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 período / N° recién nacidos vivos del período X 1,000	SIMMOW	SIMMOW		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	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 período determinado / Total de egresos por accidentes de transporte del mismo período X 100	SIMMOW	SIMMOW		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	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 período determinado / Total de egresos por traumatismos del mismo período X 100	SIMMOW	SIMMOW		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	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	SIMMOW	SIMMOW		0	33	33	33	25	Se presento 2 muerte autoinfligido por intoxicación con plaguicidas durante el año igual que el año anterior	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	SIMMOW	SIMMOW		0	0.45	1.13	0	1	Se presento 4 muerte por neumonía durante durante el año mayor que el año anterior con 2 defunciones	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	SIMMOW	SIMMOW		0%	0%	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	0.0%	N/A	N/A	NA	NA	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	SIMMOW	SIMMOW		0.0	4.8	0.0	11.0	4.0	Tasa de letalidad por diarrea mayor que el año anterior, se reporto 2 defunciones y el 2023 ninguna	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	SIMMOW	SIMMOW		0.00	50.00	0.00	0.00	12.50	Se presento dos muerte 2 ER C durante el año y 5 ene el año anterior	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	SIMMOW	SIMMOW		0.00	7.00	5.00	0.00	4.79	Se presento dos muerte por DM durante el año	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	SIMMOW	SIMMOW		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Durante período evaluado no se reporto ninguna defunción por HTA pero el año anterior 2	Continuar con el cumplimiento de las guías clínicas del segundo nivel de atención	Jefe de médicos generales y jefe de División médica	Mensual