



MINISTERIO
DE SALUD



HOSPITAL NACIONAL NUEVA GUADALUPE

ANALISIS INDICADORES DE GESTION DE ACTIVIDADES HOSPITALARIA Y DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL POA

ENERO-DICIEMBRE 2020

RESPONSABLES:

**DR. CARLOS EFRAIN MONTESINO HERRERA.
DIRECTOR HOSPITAL NACIONAL NUEVA GUADALUPE**

EQUIPO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

NUEVA GUADALUPE, 4 DE ENERO DE 2020.

ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES TRIMESTRALES ENERO – DICIEMBRE 2020

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales			
Consulta Externa Médica			
General			
Medicina General	4,000	3,199	80%
Especialidades			
Especialidades Básicas			
Medicina Interna	3,100	835	27%
Cirugía General	1,525	613	40%
Pediatría General	3,480	758	22%
Ginecología	3,300	1,261	38%
Obstetricia	3,890	1,372	35%
Emergencias			
De Gineco-Obstetricia			
Ginecología	560	389	69%
Obstetricia	3,390	4,058	120%
Otras Atenciones Consulta Emergencia			
Emergencia/Consulta General	30,000	16,677	56%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica			
Nutrición	384	160	42%
Psicología	1,425	599	42%
Consulta Externa Odontológica			
Odontológica de primera vez	61	275	451%
Odontológica subsecuente	1,475	71	5%

En el área de consulta externa no se alcanzaron las metas en las especialidades, ya que en el presente año cerramos dicha área debido a la emergencia por la

pandemia de COVID – 19, desde el mes de marzo hasta septiembre, sin embargo, debido al abastecimiento de medicamentos quedamos en un nivel aceptable en Medicina General con 80%; el resto de las especialidades de consulta externa, quedaron por debajo del 40%, ya que se atendió a capacidad completa los primeros 2 meses del año y a media capacidad el último trimestre; en obstetricia del área de emergencia se sobrepasó la meta ya que la atención a embarazadas continuo de forma normal.

En atención odontológica de primera vez se sobrepasó por mucho la meta establecida en la atención de primera vez, lográndolo en el primer trimestre del año, ya que el resto no se brindó atención odontológica.

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales			
Egresos Hospitalarios			
Especialidades Básicas			
Cirugía	670	474	71%
Ginecología	206	95	46%
Medicina Interna	1,772	1,035	58%
Obstetricia	2,147	1,402	65%
Pediatría	1,883	744	40%
Otros Egresos			
Emergencia	19	26	137%
Partos			
Partos vaginales	775	784	101%
Partos por Cesáreas	235	259	110%
Cirugía Mayor			
Electivas para Hospitalización	335	136	41%
Electivas Ambulatorias	147	63	43%
De Emergencia para Hospitalización	492	573	116%
De Emergencia Ambulatoria	58	79	136%
Medicina Crítica			
Unidad de Emergencia			
Admisiones	328	123	38%
Transferencias	91	33	36%

En cuanto a egresos hospitalarios, finalizamos en porcentaje bajos, exceptuando cirugía que cerramos con el 71%, el área que finalizó con 46% fue Ginecología; todo esto se produjo ya que la afluencia de pacientes disminuyó considerablemente debido a la emergencia por la pandemia de COVID – 19, además, el área de física de hospitalización se redujo ya que se reacomodaron áreas para pacientes sospechosos o confirmados de COVID – 19.

En partos tanto vaginales como por cesárea se alcanzó la meta establecida, sobrepasando incluso en 10% en las cesáreas.

Y las cirugías electivas disminuyeron considerablemente ya que se cerró el área de consulta externa que es donde se programan dichas cirugías. Mientras que las

de emergencias se sobrepasó la meta ya que todo quedó relegado a dicho servicio.

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios			
Diagnostico			
Imagenología			
Radiografías	10,932	6,216	57%
Ultrasonografías	3,232	2,390	74%
Anatomía Patológica			
Biopsias Cuello Uterino	0	30	ND
Biopsias Otras partes del cuerpo	0	30	ND
Otros Procedimientos Diagnósticos			
Electrocardiogramas	1,460	2,112	145%
Tratamiento y Rehabilitación			
Cirugía Menor	658	666	101%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	9,260	1,208	13%
Inhaloterapias	19,885	11,515	58%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	132,170	79,771	60%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	51,000	40,925	80%
Trabajo Social			
Casos Atendidos	4,060	3,063	75%

En el caso de servicios intermedios las radiografías quedamos con 57% Quedamos en niveles aceptables en la toma de ultrasonografías con el 74%, tomando en cuenta la poca afluencia de pacientes debido a la pandemia por COVID – 19; mientras que se sobrepasó la meta en la toma de electrocardiogramas debido a que a los pacientes con sospecha o positivos a COVID – 19 se les evalúa con electrocardiogramas por la afectación del sistema cardiovascular de este virus; en la cirugía menor, alcanzamos la meta propuesta. En el caso de recetas dispensadas en el área de hospitalización y en la atención de casos por trabajo social alcanzamos un nivel aceptable. Fisioterapia alcanzo

solamente el 13% ya que esta área se mantuvo cerrada a la atención de pacientes.

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios			
Diagnostico			
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre			
Hematología			
Consulta Externa	4,390	1,585	36%
Hospitalización	13,483	10,478	78%
Emergencia	12,102	10,786	89%
Referido / Otros	4,813	3,248	67%
Inmunología			
Consulta Externa	1,112	381	34%
Hospitalización	4,005	3,224	80%
Emergencia	1,756	2,998	171%
Referido / Otros	255	291	114%
Bacteriología			
Consulta Externa	1,320	427	32%
Hospitalización	1,911	1,726	90%
Emergencia	565	969	172%
Referido / Otros	268	125	47%
Parasitología			
Consulta Externa	811	235	29%
Hospitalización	781	281	36%
Emergencia	1,544	481	31%
Referido / Otros	270	50	19%
Bioquímica			
Consulta Externa	17,570	4,713	27%
Hospitalización	22,876	14,313	63%
Emergencia	26,458	26,336	100%
Referido / Otros	22,431	14,521	65%
Banco de Sangre			
Consulta Externa	1,001	336	34%
Hospitalización	3,004	2,090	70%
Emergencia	792	1,082	137%
Referido / Otros	131	98	75%
Urianálisis			
Consulta Externa	1,887	715	38%
Hospitalización	3,194	2,022	63%
Emergencia	7,645	4,426	58%
Referido / Otros	1,433	519	36%

En la toma de exámenes de laboratorio, nos encontramos bajo en el alcance de metas ya que la afluencia de pacientes disminuyó por la pandemia de COVID – 19, así como el cierre de la consulta externa, manteniendo siempre algunos rubros adecuados por el área de emergencia y propiamente los pacientes de COVID – 19.

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales			
Alimentación y Dietas			
Hospitalización			
Medicina	4,563	2,924	64%
Cirugía	2,355	1,412	60%
Ginecología	315	46	15%
Obstetricia	4,992	3,888	78%
Pediatría	3,975	1,873	47%
Neonatología	0	0	ND
Psiquiatría	0	0	ND
Otros (Convenios)	170	92	54%
Lavandería			
Hospitalización			
Medicina	9,126	9,969	109%
Cirugía	15,989	7,016	44%
Ginecología	7,860	5,006	64%
Obstetricia	11,861	12,929	109%
Pediatría	13,626	9,382	69%
Neonatología	0	0	ND
Psiquiatría	0	0	ND
Otros (Convenios)	2,449	1,119	46%
Consulta			
Consulta Médica General	520	154	30%
Consulta Médica Especializada	3,442	752	22%
Emergencias			
Emergencias	0	8,332	ND
Mantenimiento Preventivo			
Números de Orden	2,755	8,056	292%
Transporte			
Kilómetros Recorridos	104,000	115,852	111%

En los servicios de alimentación y lavandería, nos encontramos bajo en el alcance de metas ya que la afluencia de pacientes disminuyó por la pandemia de COVID – 19, así como el cierre de la consulta externa. En las ordenes de mantenimiento preventivo como en el kilometraje se sobrepasó la meta propuesta al igual que los kilómetros recorridos ya que las referencias por COVID – 19 aumentaron grandemente.

INDICADORES DE GESTION HOSPITALARIA

Consulta de Emergencia.

Al no haber superado la capacidad potencial de producción el área de consulta externa este año relacionado principalmente al cierre temporal de ella debido a la pandemia de COVID – 19, que se extendió desde el 18 de marzo hasta el 30 de septiembre, la relación entre consulta de emergencia y consulta externa (promedio 2.7) es mucho mayor que el estándar dado que la demanda se incrementa por la demanda insatisfecha del primer nivel de atención que acude al área de emergencia a partir de las tres en adelante y fines de semana, cómo por la cultura de la población de hacer mal uso de los servicios de salud al acudir de manera espontánea por cuadros que no ameritan atención de emergencia en estos horario, como también contribuye la falta de ampliación de horarios del primer nivel de atención y la credibilidad que aún tiene la población que los servicios que prestan los hospitales están más de acorde a sus expectativas, y esto a pesar que Las consultas en la unidad de emergencia se redujeron en un 37.1%.

El indicador del tiempo en que un paciente se le asigna y ocupa una cama hospitalaria posterior a entregar historial clínico con indicaciones de ingreso personal médico a enfermería las especialidades de Ginecología, Obstetricia y Cirugía General, están dentro del estándar, sin embargo Pediatría y Medicina Interna superan el tiempo estándar; pero aun consideramos es un proceso de atención que hay que trabajar y mejorar ya que se ve afectado por la demanda de atención, la capacidad instalada del recurso humano como por la actitud propia de estos.

Consulta Médica Especializada:

Al evaluar la concentración entre consulta médica especializada subsecuente y de primera vez nos encontramos dentro del estándar. Esto va de la mano debido a la pandemia por COVID – 19, ya que se han dado lo siguiente:

- Las consultas en la unidad de consulta externa se redujeron en un 57.7%.
- Las consultas médicas especializadas de 1° vez se redujeron en un 21.9 %.
- Las consultas médicas especializadas subsecuentes se redujeron en un 61.1 %.

Mientras el tiempo promedio de espera para ser atendido por primera vez en las especialidades de Pediatría, Ginecología, Medicina Interna y Cirugía General logramos quedar dentro del rango de éxito, mientras que, en Obstetricia quedamos un poco por encima del rango establecido; todo esto, obteniendo el promedio de los 6 meses que si funciono en casi su totalidad la Consulta Externa; además, estamos haciendo el máximo esfuerzo por resolver la cita de primera vez en el menor tiempo posible y se está fortaleciendo la cita vía telefónica para mejor confort de los usuarios en coordinación con la micro red, y así evitar que las personas se expongan mayormente.

Cirugía Mayor:

Respecto a la cirugía electiva:

- Las cirugías mayores se redujeron en un 9.1%
- Las cirugías mayores electivas ambulatorias se redujeron en un 58.5%
- Las cirugías mayores electivas hospitalarias se redujeron en un 49.1%

Todo esto debido principalmente al cierre de la Consulta Externa durante 6 meses, que es donde se programan estos procedimientos. Sin embargo, el porcentaje alcanzado es del 56.6%, logrando casi el porcentaje requerido.

Respecto al porcentaje de cesáreas realizadas a la fecha de 24.9%, a predominio de las cesáreas por primera vez (61%), tomando en cuenta que se ordenó a la jefatura de ginecología y obstetricia que evalúa todas las indicaciones de cesárea por primera vez. La cesárea subsecuente se respeta siempre, siendo cuidadosos de no afectar al producto por lograr disminuir estos indicadores.

Abastecimiento:

Se cerró el trimestre con el 95.1%, estando en un nivel óptimo para abastecer las necesidades de los pacientes; no así el primer semestre que nos manteníamos con poco abastecimiento.

Infecciones Nosocomiales:

Las infecciones nosocomiales alcanzaron un porcentaje general del 0.53% y las infecciones del sitio quirúrgico 2% incluso por debajo del rango esperado según estándar a predominio del servicio de ginecoobstetricia, por lo que se mantiene el reto de disminuir al mínimo el riesgo.

Pacientes recibidos de otras instituciones			
	Programado	Realizado	Porcentaje Anual.
Número total de pacientes recibidos para atención de Consulta Médica Especializada	3180	1660	52.2%
Número total de pacientes recibidos para la atención del Parto	455	517	113.6%
Número total de pacientes recibidos para	432	177	39.3%

Hospitalización No Quirúrgica			
Número total de pacientes recibidos para la realización de procedimientos quirúrgicos	400	249	62.2%
Número total de pacientes recibidos de otras instituciones	4,705	2,516	53.5%

Pacientes recibidos de otras instituciones:

El número de pacientes recibidos de otras instituciones alcanzo el 53.5% de lo programado global; sobrepasando únicamente el rubro de pacientes recibidos para atención de parto con 113.6% sobre lo programado; aunque hay que considerar que la afluencia de pacientes en todas las instituciones de salud ha disminuido considerablemente por la emergencia de COVID - 19. En la mayoría de los casos se han considerado pertinentes y necesarias, pero se tiene que realizar un análisis más crítico que sirva de retroalimentación tanto al primer nivel como a nosotros como hospital básico.

Pacientes referidos a otras instituciones			
	Programado	Realizado	Porcentaje Anual
Número total de pacientes referidos para atención de Consulta Médica Especializada	845	619	73.2%
Número total de pacientes referidos para la atención del Parto a niveles superiores	197	142	72%

Número total de pacientes referidos para Hospitalización No Quirúrgica	545	393	66.6%
Número total de pacientes referidos para la realización de procedimientos quirúrgicos :	338	245	72.5%
Número total de pacientes referidos a otras Instituciones	1,575	1,369	87%

Pacientes referidos a otras instituciones:

El número de pacientes enviados a otras instituciones alcanzo el 87% de lo programado global; quedando por debajo de lo programado en los demás rubros, aunque hay que considerar que la afluencia de pacientes en todas las instituciones de salud ha disminuido considerablemente por la emergencia de COVID – 19.

Cirugía hospitalización:

El índice ocupacional de Cirugía es de 59% quedando por debajo del porcentaje considerado como ideal, además, tuvimos una disminución de promedio de estancia obteniendo un promedio de 3.45. Mientras que el intervalo de sustitución es de 3.4, ya que la producción de egresos aumento, por la cantidad de días estancias por pacientes fue corto, cada cama fue ocupada en promedio por 5 pacientes, estando dentro del rango aceptable. Vale hacer énfasis en el impacto que la pandemia de COVID – 19, ha tenido en la institución: los egresos de cirugía se redujeron en un 24.1 %.

Medicina Interna Hospitalización:

El índice ocupacional de Medicina Interna es de 56% quedando por debajo del porcentaje considerado como ideal, además, tuvimos una disminución de promedio de estancia obteniendo un promedio de 2.9. Mientras que el intervalo de

sustitución es de 2.7, ya que la producción de egresos aumento, por la cantidad de días estancias por pacientes fue corto, cada cama fue ocupada en promedio por 5 pacientes, estando por encima del rango aceptable. Vale hacer énfasis en el impacto que la pandemia de COVID – 19, ha tenido en la institución: los egresos de cirugía se redujeron en un 35.6 %.

Pediatría hospitalización:

El índice ocupacional de Pediatría es de 43% quedando por debajo del porcentaje considerado como ideal, además, tuvimos un promedio de estancia obteniendo un promedio de 3.2 quedando dentro del rango normal. Mientras que el intervalo de sustitución es de 9, ya que la producción de egresos aumento, por la cantidad de días estancias por pacientes fue corto, cada cama fue ocupada en promedio por 5 pacientes, estando por encima del rango aceptable. Vale hacer énfasis en el impacto que la pandemia de COVID – 19, ha tenido en la institución: los egresos de cirugía se redujeron en un 50.6%.

Gineco-Obstetricia hospitalización:

El índice ocupacional de Ginecología es de 33.9% quedando por debajo del porcentaje considerado como ideal, además, tuvimos un aumento de promedio de estancia obteniendo un promedio de 3. Mientras que el intervalo de sustitución es de 9, ya que la producción de egresos aumento, por la cantidad de días estancias por pacientes fue corto, cada cama fue ocupada en promedio por 5 pacientes, estando muy debajo del rango aceptable. Vale hacer énfasis en el impacto que la pandemia de COVID – 19, ha tenido en la institución: los egresos de cirugía se redujeron en un 56.3 %.

El índice ocupacional de Obstetricia es de 61% quedando por debajo del porcentaje considerado como ideal, además, tuvimos un aumento de promedio de estancia obteniendo un promedio de 2.7. Mientras que el intervalo de sustitución es de 1.8, ya que la producción de egresos aumento, por la cantidad de días estancias por pacientes fue corto, cada cama fue ocupada en promedio por 7

pacientes, estando por debajo del rango aceptable. Vale hacer énfasis en el impacto que la pandemia de COVID – 19, ha tenido en la institución: los egresos de cirugía se redujeron en un 6.2%.

Mortalidad hospitalaria

La tasa bruta de mortalidad hospitalaria para este año es de 1.4%, con diagnósticos relacionados a patología como: a la cabeza está COVID – 19 (virus no identificado e identificado), trastornos mentales y del comportamiento, insuficiencia renal, enfermedades hipertensivas, enfermedades transmisibles, enfermedades del sistema respiratorio, politraumatismo, enfermedades crónicas de las vías respiratorias, patologías gestacionales, la tasa neta de mortalidad fue de 0.3.

La mortalidad infantil y neonatal fue de 0.0, la tasa de mortalidad infantil tardía fue de 0.0. Lo ideal sería fomentar la consejería pre gestacional, la planificación familiar para evitar embarazos no deseados y periodos intergenésicos cortos, la alimentación adecuada durante el embarazo y control prenatal completo y de calidad.

No se sucedieron muertes maternas, es un reto que este evento no se presente por lo que mantenemos nuestro compromiso con las madres.

Respecto a las enfermedades crónicas la tasa de letalidad de la diabetes mellitus fue de 1.2, por Hipertensión arterial tuvimos una tasa de letalidad de 6.2, en la mayoría de los casos está implicado el mal manejo de los pacientes principalmente por desinterés o por mal estilo de vida; por IRC fue de 6.1, por Neumonía fue de 6.1, elevada debido a las muertes por COVID – 19; por traumatismos fue de 1.9% y por accidentes de tránsito fue de 4.3.

No.	HOSPITAL: Nacional Nueva Guadalupe	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Consolidado anual	ANALISIS
1	Objetivo: Contribuir a disminuir la morbilidad materna a través del trabajo en las redes integrales e integradas de servicios de salud.						
1.1	Resultado esperado: Aumentar la calidad en la atención del parto						
1.1.1	Disminuir el porcentaje de cesáreas en 1% respecto al año previo.	23%	(N° de cesáreas realizadas/Total de partos atendidos)*100	SIMMOW y SPME	Jefe de obstetricia	24.9%	Aumentamos la cantidad de cesáreas, por referencias de otros hospitales que estaban en remodelación de Quirófanos
1.1.2	Disminuir el índice de cesárea de primera vez al menos en un 1% en relación al año previo	10%	(N° de cesáreas realizadas 1° vez/Total de partos atendidos)*100	SIMMOW y SPME	Jefe de obstetricia	61%	Sobrepasamos por mucho lo que se esperaba, sin embargo hay que tomar en cuenta que fue por patologías maternas (condilomatosis vaginal, SFA, Prolongación de 2° periodo, prolapso de

							cordón, sospecha de abrupcio de placenta) a las cuales no se les podía suspender indicación de cesárea ya que se pondría en riesgo la vida del recién nacido.
1.1.3	Atención de partos solo por personal medico	100%	(Partos atendidos por médicos/total de partos atendidos)*100	SIP	Jefe de obstetricia	100%	Se cumple al 100%
1.1.4	Llenado e interpretación correcta del partograma por personal médico involucrado en la atención del parto.	100%	(Partogramas llenados correctamente/Total de Partogramas llenados)*100	Estándar de calidad	Jefe de obstetricia	100%	Se ha cumplido al 100%

1.1.5	Monitoreo de cumplimiento de guías clínicas obstétricas y calidad de control prenatal	12	(Monitoreos realizados/monitoreos programados)*100	plan de supervisión y monitoreo	Comité de calidad	12	Reflejado en los estándares de calidad que se realizan de forma mensual
1.2	Resultado esperado: Atención adecuada de complicaciones obstétricas						
1.2.1	Capacitación a personal médico y enfermería en detección de riesgos obstétricos tanto del hospital como unidades de la micro red.	8 temas	Temas impartidos	Libro de asistencias	Jefe de Obstetricia	4	Realizamos la mitad de lo programado debido a la pandemia por COVID – 19. Mientras que en micro red no se han realizado ya que no ha habido reunión de RIIS, sin embargo, se coordina con ellos via Whatssap de los seguimientos de pacientes o sobre dudas sobre estos.

1.2.2	Evaluación de cumplimiento de simulacros Código rojo	8 Evaluaciones	(Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas)*100	Reportes de evaluación	Comité de calidad	3	Se realizaron 3 simulacros. Principalmente por la emergencia de COVID - 19
1.2.3	Evaluación de cumplimiento de simulacros Código amarillo	4 Evaluaciones	(Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas)*100	Reportes de evaluación	Comité de calidad	2	Se realizaron 2 simulacros. Principalmente por la emergencia de COVID - 19
1.2.4	Realizar auditoria de morbilidades obstétricas extremas	100%	(Auditorías realizadas/total de MOE que se presenten)*100	Auditorías realizadas	Jefe de Obstetricia y comité materno perinatal	100%	Hasta el momento se han realizado 5 auditorias (2 códigos rojos, muerte materna tardía por COVID – 19, mortinato y 1 aborto) Evidenciado en el libro de actas del comité responsable
1.3	Resultado esperado: Mejorar la aplicación de la guía de morbilidades obstétricas						

1.3.1	Mejorar el conocimiento del personal médico de las principales morbilidades obstétricas	8 temas	(Temas impartidos/temas programados)*100	Libro de reporte de actividades académicas	Jefe de Obstetricia	4	Realizamos la mitad de lo programado debido a la pandemia por COVID – 19
1.3.2	Mejorar Habilidades Obstétricas del personal médico y de enfermería	10	Cursos de habilidades recibidos	Listado de asistencia	Centro de capacitación obstétrica regional	0	No se realizó ninguno, principalmente por la emergencia COVID - 19
1.3.3	Monitoreo de cumplimiento de la calidad del contenido del expediente clínico hospitalización.	12	(Monitoreos realizados/monitoreos programados)*100	plan de supervisión y monitoreo	Comité de calidad	4	Se realizaron 4 por la pandemia de COVID – 19
1.3.4	Evaluación del cumplimiento de guía de atención de IVU en el embarazo paciente hospitalizada.	12	(Monitoreos realizados/monitoreo programados)*100	Comité de calidad	Comité de calidad	3	Se han realizado los 3 uno por mes de acorde a la información que es entregada para la realización de estándares de calidad, ayudado por

							jefe de G y O
1.3.5	Evaluación del cumplimiento de guía de atención de IVU en el embarazo paciente de consulta externa.	12	Monitoreo realizado/monitoreo programado	Comité de calidad	Comité de calidad	3	Se han realizado los 3 uno por mes de acorde a la información que es entregada para la realización de estándares de calidad, ayudado por jefe de G y O
1.4	Resultado esperado: Mejorar la calidad del control prenatal en la RIIS						
1.4.1	Capacitaciones a personal médico de la RIIS en temas obstétricos primordiales	6	Temas impartidos/temas programados	Libro de reporte de actividades académicas	Jefe de Obstetricia y coordinador de micro red	2	Se realizó 1 reunión con la RIIS donde se impartieron estos temas: IVU, USG en el embarazo y su importancia.

1.4.2	Análisis de referencias obstétricas recibidas de las UCSF	12	(Análisis realizados/programados)*100	Reporte de comité de referencia y retorno	Comité de referencia y retorno	0	Se ha cumplido con un reporte mensual por la coordinadora del comité de Referencia y Retorno, pero no se ha realizado análisis específico de obstetricia
1.4.3	Asegurar un método de planificación familiar desde la inscripción prenatal a toda mujer al finalizar su embarazo con énfasis en las adolescentes y las de alto riesgo obstétrico.	100%	(Total de puérperas con un método de planificación familiar/Total de partos atendidos) *100	SIP Reporte a nivel central	Jefe de Obstetricia	100%	Se promocionan el DIU, inyectables e implante tanto en el post parto como en post aborto.
1.4.4	Incrementar la atención preconcepcional	20%	Usuaris atendidas	SIMMOW	Jefe de Obstetricia y cabeza de micro red	5%	Se han realizado 5, tomando en cuenta que la consulta externa fue cerrada por emergencia

							COVID – 19 desde la segunda semana de marzo-.
1.4.5	Monitoreo de cumplimiento de la calidad de control prenatal	12	Monitoreo realizado/monitoreo programado	plan de supervisión y monitoreo	Comité de calidad	1	Se ha realizado 1 de los 12 programados, por la emergencia de COVID – 19
1.4.6	Incrementar la atención por alto riesgo reproductivo (ARR)	20%	usuarias atendidas	SIMMOW	Jefe de Obstetricia y cabeza de micro red	5%	Se han realizado 16 atenciones de ARR, de los cuales 10 son controles y 6 inscripciones
2	Objetivo: Mejorar la salud de la niñez						
2.1	Resultado esperado: Disminuir la morbilidad perinatal asociada a asfixia.						
2.1.1	Atención de recién nacidos con depresión respiratoria según guías de atención	100%	(N° recién nacidos con depresión respiratoria atendidos según guías /N° de recién nacidos con depresión respiratoria). *100	Auditorías realizadas	Jefe de pediatría	100%	Se realizaron 2 auditorías: asfixias ambos.

2.1.2	Recertificación en NALS a personal médico que atiende partos.	100% (3 al año)	Personal certificado	Diplomas de aprobación	Jefe de pediatría	0	No se ha realizado ninguna al momento
2.1.3	Recertificación en TSALVA a personal médico que atiende partos que este pendiente.	100% (3 al año)	personal certificado	Diplomas de aprobación	Jefe de pediatría	0	No se ha realizado ninguna al momento
2.1.4	Auditar todos los casos de recién nacidos asfixia.	100%	auditorias realizados	Reportes de auditorias	Jefe de pediatría	100%	Se ha cumplido al 100% Se realizaron 2 auditorias
2.1.5	Realizar simulacros de reanimación	6	(simulacros realizados/programados)*100	Reporte de simulacros	Jefe de pediatría	3	Se realizaron 3 de las 6 programadas
2.2	Resultado esperado: Disminuir las muertes asociadas a Prematurez						
2.2.1	Asegurar tratamiento odontológico a toda embarazada en contacto con el hospital que no ha sido atendida en primer nivel.	100%	Evaluación embarazada referidas por primer nivel para asegurar tratamiento odontológico	SIMMOW	Coordinador de RISS. Jefe de obstetricia	100%	Se ha cumplido al 100%.

2.2.2	Asegurar que toda paciente con amenaza de parto prematuro reciba esquema completo de maduración pulmonar fetal.	100%	Pacientes con APP con esquema completo/total de casos de APP	SIP Estándar de calidad	Jefe de pediatría jefe de obstetricia	100%	Se ha cumplido al 100%
2.2.3	Evaluar el cumplimiento de la guía de atención al prematuro	100%	Evaluaciones realizadas	Estándar de calidad	Jefe de pediatría.	100%	Se ha cumplido al 100% Observable en los estándares de calidad
2.3	Resultado esperado: Disminuir las muertes infantiles						
2.3.1	Auditar todos los casos de muertes infantiles	100%	(Auditorías realizadas/total de muertes que se presenten)*100	Auditorías realizadas	Jefe de pediatría.	100%	No tuvimos ninguna
2.3.2	Evaluar que la atención pediátrica se haga cumpliendo la normativa	6	Evaluaciones realizadas	Libro de monitoreo	Jefe de pediatría.	0	No se han realizado
2.3.3	Monitorear la aplicación del Triage pediátrico(CETEP)	6	Monitoreo realizados	Libro de monitoreo	Jefe de pediatría.	0	No se realizó ningún monittoreo

2.3.4	Análisis de referencias pediátricas recibidas de las UCSF	12	Análisis mensual	Reporte de análisis	Comité de referencia y retorno	3	El análisis se realiza mensualmente por la coordinadora del comité de Referencia y Retorno
2.3.5	Dar seguimiento a MIGRAS	100%	Seguimientos realizados	Libro de seguimiento de casos	Jefe de pediatría.	100%	Se realiza adecuadamente cumpliéndose al 100%
3	Objetivo: Reducción de la morbi mortalidad y discapacidad por enfermedades crónicas no transmisibles						
3.1	Resultado esperado: Fortalecer el tratamiento para enfermedades crónicas						
3.1.1	Retroalimentar al personal médico y de enfermería en patologías ENTP (Diabetes Mellitus, IRC, HTA, EPOC, etc.) hospital y micro red.	4 temas	Temas impartidos	Lista de asistencia y programa de temas	Coordinador de micro red. Médico internista	1	Se realizaron varios temas los cuales están reflejados en el libro de actas de educación continua. Reuniones de RIIS no se han realizado

3.1.2	Garantizar la existencia de medicamentos e insumos básicos esenciales para el tratamiento hospitalario.	≥90%	Abastecimiento de medicamentos en áreas críticas de atención	Reporte de abastecimiento mensual	Medico asesor de medicamentos	≥90%	Cerramos el año con 95.1%.
3.1.3	Evaluar el cumplimiento de compromisos de unidad de gestión clínica renal	12	(Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas)*100	Reporte de evaluaciones	Comité de la calidad	0	No se ha realizado ninguna de las 3 programadas para este trimestre hasta el momento por la emergencia de COVID – 19
3.1.4	Evaluación del cumplimiento según guía de atención de diabetes e hipertensión.	12	(Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas)*100	Reporte de evaluaciones	Comité de la calidad	0	No se realizo ninguna
4	Objetivo: Fortalecimiento de la Oficina del Derecho a la Salud y establecer mecanismos de participación y contraloría social, con el fin de evitar los abusos a las personas que usan el sistema de salud.						
4.1	Resultado esperado: Fortalecimiento del sistema de captación de quejas, reclamaciones y sugerencias y sus respuestas a la población.						
4.1.1	% de quejas y reclamos investigados	100%	(Quejas y reclamos investigados/Total de quejas y reclamos recibidos)*100	Informe de oficina por el derecho a la salud	Director	100%	Se cumplió al 100%

4.1.2	Quejas justificadas a las que se le dio respuesta	100%	(Quejas justificadas a las que se dio respuesta/total de quejas justificadas)*100	Informe de oficina	Director	100%	Se cumplió al 100%
4.1.3	Revisión y análisis de buzón de sugerencias	12	Numero de revisiones y análisis de buzón de sugerencias	Informe de oficina	Director	0	Al momento no se ha realizado ya que se cuenta con recurso de INFOCA que es quien se encarga de orientar e informar a los usuarios
4.1.4	Encuestas rápidas de satisfacción de usuarios internos y externos.	12	(Encuestas realizadas/Encuestas programadas)*100	Reporte de encuestas	Coordinadora de O.D.S.	3	Realizadas en el último trimestre debido a la pandemia por COVID – 19
4.2	Participación intersectorial para prevención de la violencia.						
4.2.1	Comité de violencia funcionando	1	Comité conformado	Actas de comité	Coordinador de comité	1	Conformado
4.2.2	Capacitar en trato de genero al personal de hospital	4	Capacitaciones	Lista de asistencias	Coordinador de comité	0	No se realizaron

4.2.3	Informar de casos de violencia detectados a las instancias correspondientes en coordinación con jurídico institucional	100%	Casos detectados	Avisos generados e informados	Médico que detecta y jurídico	100%	Se cumplió al 100%
5	Objetivo: Gestionar o adquirir medicamentos antes que se desabastezcan para evitar descompensación e ingresos innecesarios de los usuarios con patología crónica						
5.1	Resultado esperado: Contar con al menos un 85% de abastecimiento de medicamentos necesarios para brindar la atención al usuario.						
5.1.1	Plan de trabajo 2020 de Comité de Fármaco vigilancia elaborado.	1	Plan de trabajo 2020 elaborado	Plan de trabajo 2020 elaborado	Comité de Fármaco vigilancia. Asesor médico de suministros	1	Elaborado y entregado
5.1.2	Evaluación mensual de ejecución de plan de trabajo 2020.	12	(Actividades del plan 2020 desarrolladas / actividades del plan 2020 programadas) *100	Informes de evaluaciones	Comité de Fármaco vigilancia. Asesor médico de suministros	2	Se han realizado 2 reuniones.
5.1.3	Monitoreo y supervisión periódica a las	12	(Monitoreos y supervisiones realizadas/ total monitoreos y supervisiones	Informe de monitoreo y supervisiones.	Comité de Fármaco vigilancia.	0	No se realizo ninguno

	diferentes áreas de atención de pacientes, verificando el eficiente uso de medicamentos e insumos.		programadas)*100		Asesor médico de suministros		
5.1.4	Presentación oportuna de necesidades para compra conjunta de medicamentos e insumos al Nivel Central.	2	N° de documentos presentados oportunamente	Documento presentado	Comité de Fármaco vigilancia. Asesor médico de suministros	2	Se realizó adecuadamente
5.1.5	Informe anual de cumplimiento de plan del comité Farmacoterapéutico.	1	Informe de cumplimiento	Documento presentado	Comité de Fármaco vigilancia. Asesor médico de suministros	1	Entregado