

HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE

ANALISIS ANUAL DE INDICADORES DE GESTION, ACTIVIDADES HOSPITALARIA Y DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL POA.

ENERO-DICIEMBRE 2022

RESPONSABLES:

Dra. Maritza Marisol Guevara

DIRECTORA HOSPITAL NACIONAL NUEVA GUADALUPE

EQUIPO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

Nueva Guadalupe 07 febrero 2023

Actividades hospitalarias: consulta externa

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales			
Consulta Externa Médica			
General			
Medicina General	3,840	2,467	64%
Especialidades			
Especialidades Básicas			
Medicina Interna	2,880	1,968	68%
Cirugía General	1,728	1,385	80%
Pediatría General	2,160	1,319	61%
Ginecología	1,728	1,917	111%
Obstetricia	1,768	2,762	156%
Emergencias			
De Cirugía			
Cirugía General	1,560	1,170	75%
De Pediatría			
Pediatría Gral.	8,431	3,699	44%
De Gineco-Obstetricia			
Ginecología	2,190	218	10%
Obstetricia	3,296	2,507	76%
Otras Atenciones Consulta Emergencia			
Emergencia/Consulta General	7,665	22,001	287%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica			
Nutrición	466	503	108%
Planificación Familiar	500	592	118%
Psicología	1,034	1,210	117%
Consulta Externa Odontológica			
Odontológica de primera vez	288	266	92%
Odontológica subsecuente	672	741	110%

Fuente: SPME

- **CONSULTA EXTERNA**

En cuanto a Medicina General, se logró el 64% de lo programático ya que se ha mantenido el abastecimiento de medicamentos a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, y se mantiene la descentralización de pacientes a las USCF cercanas a lugar de residencia.

De modo general anualmente se alcanzó un 91% de lo programático en la consulta externa de especialidades.

Más detalladamente, medicina interna alcanzó un 68% de lo programático, observándose una disminución en la afluencia de pacientes por esta especialidad, y también debido a que es recurso único y ha asistido a misiones especiales. En la especialidad de cirugía general se alcanzó 80 % de lo programático. En cuanto a la especialidad de pediatría se alcanzó un 61% de lo programático, esto se ve reflejado por la afectación persistente de la pandemia del COVID 19 que se traduce en una baja afluencia de los pacientes a la consulta. En la especialidad de ginecología y obstetricia ambas sobrepasaron lo programado con 111% y 156% respectivamente.

- **EMERGENCIA.**

Se cuenta con las especialidades para cubrir de cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia, de modo general la cobertura de las especialidades básicas en la emergencia alcanzó un 98%, siendo la consulta de medicina general la que alcanzó más alto porcentaje con un 287%, le sigue obstetricia con un 76% de lo programático, seguido por cirugía con un 75%, y se da cobertura pediátrica en el área de emergencia, alcanzando un 44%.

No contamos con especialista de planta de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, solo cirugía nos cubre 6 horas al día.

Cabe mencionar que durante el año 2022 varios recursos de la especialidad de obstetricia y pediatría dejaron de laborar en el hospital por lo tanto quedaron más turnos descubiertos por dichas especialidades.

- **OTRAS ATENCIONES CONSULTA EXTERNA MEDICA**

En los servicios de apoyo como nutrición, planificación familiar y psicología sobrepasaron la meta con un promedio de 115%.

- **CONSULTA EXTERNA ODONTOLÓGICA.**

Odontología debido a las restricciones del COVID 19 y la del paciente la programación ha sido menor, pero en general la meta supera el 104%

Actividades hospitalarias: hospitalización

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales			
Egresos Hospitalarios			
Especialidades Básicas			
Cirugía	694	504	73%
Ginecología	181	107	59%
Medicina Interna	1,576	997	63%
Obstetricia	1,699	1,365	80%
Pediatría	1,236	775	63%
Otros Egresos			
Bienestar Magisterial	89	31	35%
Emergencia	20	17	85%
Partos			
Partos vaginales	780	668	86%
Partos por Cesáreas	250	214	86%
Cirugía Mayor			
Electivas para Hospitalización	254	262	103%
Electivas Ambulatorias	150	114	76%
De Emergencia para Hospitalización	506	441	87%
De Emergencia Ambulatoria	89	54	61%
Medicina Crítica			
Unidad de Emergencia			
Admisiones	64	115	180%
Transferencias	18	20	111%

Fuente: SPME

- HOSPITALIZACION**

En los servicios de hospitalización de forma global se logró un 70% de los egresos programados, siendo el servicio de ginecología con una producción muy por debajo de los programático ya que alcanzo un 59%. Este mismo patrón podemos ver con el resto de los servicios, obstetricia fue el único servicio que alcanzo 80% de sus actividades programadas, seguido por cirugía que alcanzo un 73%.

Por parte de BM se alcanzó un 35% y de la emergencia 85%

Es importante recalcar que aun a la fecha estamos viendo una disminución de consultas y por lo tanto de los egresos hospitalarios por el COVID-19

- **PARTOS**

En cuanto a los partos vaginales y cesáreas se alcanzó de forma general un 86% de lo programado en el año.

- **CIRUGIA MAYOR**

Las cirugías mayores en general se alcanzaron 87%. La cirugía electiva para hospitalización alcanzo un 103% de lo programático, seguida por cirugía mayor de emergencia a hospitalización con un 87% Y la que más bajo en producción fue la cirugía de emergencia ambulatoria que llevo a un 61%. Es importante tomar en cuenta las incapacidades de los recursos que provoca una disminución de los productos finales.

- **UNIDAD DE EMERGENCIA**

anualmente se alcanzó un 180% de admisiones y la transferencia se llevo a un 111%., De lo programado.

Actividades hospitalarias: Servicios intermedios, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios			
Diagnostico			
Imagenología			
Radiografías	9,000	8,119	90%
Ultrasonografías	3,600	3,959	110%
Anatomía Patológica			
Biopsias Cuello Uterino	0	15	ND
Biopsias Mama	0	23	ND
Biopsias Otras partes del cuerpo	0	260	ND
Otros Procedimientos Diagnósticos			
Electrocardiogramas	2,350	3,865	164%
Tratamiento y Rehabilitación			
Cirugía Menor	720	573	80%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	4,200	5,080	121%
Inhaloterapias	6,000	8,247	137%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	100,000	117,562	118%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	43,000	49,242	115%
Trabajo Social			
Casos Atendidos	4,469	6,286	141%

Fuente: SPME

Respecto a los servicios intermedios de manera general alcanzo un 130% de lo programado, siendo la de mayor producción el servicio de diagnóstico con electrocardiogramas que alcanzo un 164%, siendo cirugía mayor la que obtuvo menor producción con un 80%.

Con estos datos podemos observar que estamos sobrecargados en el área de servicios intermedios, ya que se están realizando mucho mas de lo que se programó.

Actividades hospitalarias: Servicios intermedios, laboratorio clínico y banco de sangre

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios			
Diagnostico			
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre			
Hematología			
Consulta Externa	4,503	5,017	111%
Hospitalización	11,654	9,751	84%
Emergencia	13,679	16,324	119%
Referido / Otros	4,275	4,232	99%
Inmunología			
Consulta Externa	1,236	1,485	120%
Hospitalización	3,600	2,851	79%
Emergencia	2,500	4,397	176%
Referido / Otros	423	338	80%
Bacteriología			
Consulta Externa	681	929	136%
Hospitalización	2,000	2,443	122%
Emergencia	1,332	1,749	131%
Referido / Otros	260	891	343%
Parasitología			
Consulta Externa	437	575	132%
Hospitalización	321	354	110%
Emergencia	843	780	93%
Referido / Otros	110	145	132%
Bioquímica			
Consulta Externa	16,564	19,791	119%
Hospitalización	19,007	12,570	66%
Emergencia	35,065	44,748	128%
Referido / Otros	21,038	21,974	104%
Banco de Sangre			
Consulta Externa	645	1,002	155%
Hospitalización	1,959	1,513	77%
Emergencia	1,293	1,333	103%
Referido / Otros	116	116	100%
Urianálisis			
Consulta Externa	1,305	1,729	132%
Hospitalización	1,775	1,909	108%
Emergencia	5,271	7,360	140%
Referido / Otros	1,103	1,210	110%

Fuente: SPME

En general laboratorio clínico en sus diferentes ramas de estudio alcanzo a sobrepasar su programación con un 109%, con la más baja producción en el área de banco de sangre con un 99%. El área de bacteriología fue la que más producción obtuvo con un 141%, de lo programático.

	Programado	Realizado	Porcentaje
Hematología	34,111	35,324	104%
Inmunología	7,759	9,071	117%
Bacteriología	4,273	6,012	141%
Parasitología	1,711	1,854	108%
Bioquímica	91,674	99,083	108%
Banco de sangre	4,013	3,964	99%
urianalisis	7,065	9,531	135%
Total	150,606	164,839	109%

La producción de laboratorio clínico en las diferentes áreas del hospital demuestra en forma general la mayoría de áreas del hospital sobrepasa lo programado, siendo hospitalización la que registra el menor porcentaje alcanzando un 78%, lo va en concordancia con los bajos porcentajes de egresos hospitalarios, La unidad de emergencia fue la que más producción obtuvo con un 128%.

Servicio	Programado	Realizado	porcentaje
Consulta Externa	25,371	30,528	120%
Hospitalización	40,316	31,391	78%
Emergencia	59,983	76,691	128%
Referido / Otros	27,325	28,906	106%

Actividades hospitalarias: servicios generales

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales			
Alimentación y Dietas			
Hospitalización			
Medicina	3,467	3,000	87%
Cirugía	1,804	1,728	96%
Ginecología	784	323	41%
Obstetricia	6,371	4,374	69%
Pediatría	5,403	1,877	35%
Otros (Convenios)	547	84	15%
Lavandería			
Hospitalización			
Medicina	31,425	13,406	43%
Cirugía	11,291	11,176	99%
Ginecología	3,694	2,315	63%
Obstetricia	28,356	14,024	49%
Pediatría	20,839	8,401	40%
Otros (Convenios)	997	1,540	154%
Consulta			
Consulta Médica General	883	822	93%
Consulta Médica Especializada	2,208	2,863	130%
Emergencias			
Emergencias	11,340	11,075	98%
Mantenimiento Preventivo			
Números de Orden	7,098	2,371	33%
Transporte			
Kilómetros Recorridos	148,838	152,154	102%

Fuente: SPME

En general observamos una disminución de lo programático en lo relacionado a los servicios generales, en alimentación y lavandería debido a la pandemia que aún mantiene una baja afluencia de pacientes, que se traduce en una disminución de pacientes egresados del hospital. En general alimentación y dietas alcanzo un promedio de 62%, de lo programático y lavandería llego a un promedio de 59%.

En mantenimiento preventivo se alcanzó solamente un 33% de lo programático, pero hay que tomar en cuenta que durante todo el año hubo un recurso de dicho departamento que solamente trabajó 3 veces a la semana debido a capacitaciones. Otro motivo por el cual el porcentaje es tan bajo es que el servicio de mantenimiento preventivo se le han asignado otras funciones tales como construcción. También a falta de solvencia para poder comprar repuestos necesarios para solventar los mantenimientos.

INDICADORES DE GESTION HOSPITALARIA

Indicadores de Emergencia.

La relación entre consulta de emergencia y consulta externa (promedio anual 2.3) 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 de la tarde 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.

La consulta en emergencia como todos los años la producción es mayor de lo esperado dado que a partir de tres de la tarde y fines de semana se atiende todo lo que no se resuelve en el primer nivel de atención que es consulta sin riesgo. No hay ampliación de horarios en el primer nivele de la micro red Chinameca y servicios aledaños, situación de comportamiento histórico. Todo esto aumenta las atenciones en el hospital.

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 de todas las especialidades, en promedio general están dentro del estándar considerado aceptable (promedio de 2:15:02), posterior a la evaluación del primer trimestre que se observó unos tiempos bastante largo, y en el segundo y tercer trimestre se observa una baja en los tiempos, sin embargo, aún hay unos tiempos que sobrepasan el estándar, 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.

Ver anexo 1

Indicadores de consulta externa

Al evaluar la concentración entre consulta médica especializada subsecuente y de primera vez nos encontramos debajo del estándar ya que en promedio en todo el año llegamos a menos de 1.

El promedio diario de consultas médicas por consultorio de consulta externa en promedio en el año está, llegando a un 10, que es mucho menos del estándar en donde nuevamente estamos observando la escasa afluencia de pacientes a la consulta externa, y también que solo tenemos 1 recurso de medicina general que esta

las 8 horas completas en la consulta externa, y todas las especialidades están entre 4 a 6 horas.

Mientras el tiempo promedio de espera para ser atendido por primera vez en la consulta externa en las especialidades de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y ginecología estamos debajo del estándar (19 días, promedio anual), mientras Obstetricia (5 días, promedio anual), quedamos justo en el estándar, esto relacionado principalmente a la alta afluencia de pacientes y los pocos recursos de dicha especialidad.

Seguimos trabajando en coordinación con las unidades de salud que las citas de primera vez se dan vía telefónica para mejor confort de los usuarios, sin embargo, no se ha logrado llegar a un 100% debido a que aún hay a quienes no se les realiza el trámite, pero seguimos trabajando para fortalecer la comunicación entre segundo y primer nivel.

Ver anexo 2

Indicadores de hospitalización

PEDIATRIA

En general observamos que el servicio de pediatría se encuentra muy por debajo de lo estándar en los indicadores de hospitalización. Cada cama fue utilizada durante el año, por un promedio de 4 niños, quedando por debajo del estándar. Podemos ver que tiene un porcentaje ocupacional anual en promedio de un 38%, muy por debajo del estándar. El promedio de días estancia en promedio fue de 3 días, lo cual está dentro del estándar. Mientras que el índice de sustitución de cama en promedio fue de 5, que es consecuencia del bajo giro de cama y del bajo porcentaje de ocupación. Según observamos en estos datos el servicio de pediatría esta subutilizado, ya que no tenemos la afluencia de pacientes necesarios para lograr llegar a los valores estándares.

Hay que recordar que desde que inicio la pandemia de covid-19 el servicio de pediatría es el que más se ha visto afectado por la disminución de consultas, que aún no se ha logrado establecer a su totalidad. poco a poco va aumentando lentamente en comparación con los otros servicios.

Vale hacer énfasis en el impacto que la pandemia ahora endemia de COVID – 19.

GINECOLOGIA

Cada cama fue utilizada en todo el año por un promedio de 7 usuarias, quedando por debajo del estándar. Podemos ver que tiene un porcentaje ocupacional en promedio de un 63%, llegando a quedar por debajo del estándar. El promedio de días estancia aumento ya que en algunos meses sobrepasamos el estándar, y a nivel general el

promedio fue de 2.8 días, sobrepasando el estándar. Mientras que el índice de sustitución de cama en promedio fue de 2, quedando por encima del estándar. Según observamos en estos datos el servicio de ginecología esta subutilizado, ya que no tenemos la afluencia de pacientes necesarios para lograr llegar a los valores estándares.

Vale hacer énfasis en el impacto que la pandemia ahora endemia de COVID – 19.

OBSTETRICIA

Cada cama fue utilizada en todo el año por un promedio de 6 embarazadas muy por debajo de lo esperado, se alcanzó un porcentaje ocupacional del servicio en promedio de 53%, también muy por debajo de lo esperado. El promedio de días estancia fue de 3 sobrepasando por poco el estándar. Mientras que el índice de sustitución de cama fue de 2.5, que es más alto que lo esperado, debido al bajo porcentaje de ocupación y por el bajo giro de cama observamos en estos datos el servicio de obstetricia esta subutilizado, ya que no tenemos la afluencia de pacientes necesarios para lograr llegar a los valores estándares.

Vale hacer énfasis en el impacto que la pandemia ahora endemia de COVID – 19.

MEDICINA INTERNA

Cada cama fue utilizada en todo el año por un promedio de 5 usuarios, observando que, en su mayoría de meses, el giro de cama es mayor que lo esperado, debido a la demanda de la especialidad. Se alcanzo un porcentaje ocupacional de un 48%, muy por debajo de lo esperado. El promedio de días estancias de promedio semestral fue de 3 días quedando por debajo de lo esperado. Mientras que el índice de sustitución de cama fue de 3 más alto de lo esperado debido a las cortas estancias de los pacientes y bajo porcentaje de ocupación. Observamos en estos datos el servicio de medicina interna esta subutilizado, ya que no tenemos la afluencia de pacientes necesarios para lograr llegar a los valores estándares.

Vale hacer énfasis en el impacto que la pandemia ahora endemia de COVID – 19.

CIRUGIA

De manera general el giro de cama fue durante todo el año por un promedio de 5 usuarios, que está dentro de los estándares establecidos. El porcentaje ocupacional del año en promedio es de 64% quedando por debajo del porcentaje considerado como ideal, el promedio de días estancia en general fue de 4, quedando dentro de lo establecido. Mientras que el índice de sustitución es de 2, que es más de lo esperado por el estándar. observamos en estos datos el servicio de cirugía esta subutilizado, ya que no tenemos la afluencia de pacientes necesarios para lograr llegar a los valores estándares.

Vale hacer énfasis en el impacto que la pandemia ahora endemia de COVID – 19. Ver anexo 3

Indicadores de hospitalización de COVID 19

General podemos observar que la hospitalización del área COVID ha disminuido bastante, las consultas y los egresos por sospecha de COVID han disminuido. El giro de cama en el año fue de un promedio de 1, llegando a quedar por debajo del estándar. El porcentaje de ocupación fue en promedio de 6%, debido a la baja cantidad de egresos. El promedio de días estancia es de 3, ya que en el caso de las sospechas de COVID, al recibir un resultado negativo se les daba el alta de dicha área. Mientras que el índice de sustitución es de 80 quedando arriba por mucho de lo estándar. Hasta finalizar el año se contaban con 15 camas no censables para el área de COVID-19, pero al observar estos datos se tomó la decisión de bajar este numero a 5 camas por lo tanto esperamos observar mejoría en todos los indicadores.

Ver anexo 4

Indicadores de la actividad quirúrgica.

- CIRUGIAS MAYORES REALIZADAS

El porcentaje de cirugía mayores realizadas durante el año obtuvo un promedio de 60%, quedando justo sobre lo establecido.

- CIRUGIAS MAYORES ELECTIVAS

De forma general durante el año se alcanzó un 44%, muy por debajo del estándar. Hay que considerar las incapacidades de los recursos.

- CIRUGIAS MAYORES ELECTIVAS AMBULATORIAS

De forma general en el semestre se alcanzó un 31%.

- EL PROMEDIO DIARIO DE CIRUGÍAS MAYORES ELECTIVAS POR QUIRÓFANO

Durante todo el año, fue de 2, quedando por debajo del estándar.

Es importante recalcar que no se programa cirugía electiva los 5 días de la semana por déficit de recurso enfermería, pero se hace el máximo esfuerzo con el recurso existente y algunos días se realiza cirugía electiva obstétrica para disminuir riesgos nocturnos de procedimientos bajo control con la presencia de todo el cuerpo de ginecoobstetras.

También es importante mencionar que la deuda quirúrgica es muy poca al final el año.

- EL PROMEDIO DIARIO DE CIRUGÍAS MAYORES DE EMERGENCIA POR QUIRÓFANO

En general durante el año fue de 1, quedando por debajo del estándar.

Es importante recalcar que el hospital no cuenta con cirujanos de turno nocturno. Por lo tanto, las únicas cirugías de emergencia que se realizan son de 7 am a 3 pm. De lunes a viernes.

- EL PORCENTAJE DE CIRUGÍAS MAYORES ELECTIVAS SUSPENDIDAS

De modo general durante el año fue de 2%. Quedando por debajo del estándar.

Hay varios factores que hay que tomar en cuenta, por ejemplo, que los usuarios no se presenten a su cirugía o que se presenten con patología agregada que haga suspender el procedimiento y claro las incapacidades o ausencias del médico.

- CESAREAS

De forma general durante el año índice de cesáreas alcanzó 24, quedando arriba de lo establecido. El porcentaje de cesáreas por primera vez en promedio obtuvo un 14%.

Tenemos el compromiso de disminuir estos valores a lo más mínimo posible, se siguen dando capacitaciones de la ley nacer con cariño para no seguir cumpliendo viejas prácticas que aumentaban el número de cesáreas, aunque haciendo un análisis a nivel de todas las maternidades a nivel nacional, estos porcentajes no están tan mal.

- QUIROFANOS.

De forma general en el año, el porcentaje de quirófanos funcionando llego a un 67% ya que, de 3 quirófanos disponibles, solo 2 están funcionando de manera regular.

Indicadores de abastecimiento

El porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital durante todo el año llego a un promedio de 97%, quedando arriba de lo establecido, lo que indica que estamos en la capacidad de suplir las necesidades de los usuarios en cuanto a medicamentos, esto gracias a compras conjuntas y propias y a gestiones con otras instituciones.

ver anexo 6

Indicadores de seguridad del paciente

La tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria de modo general durante el año se obtuvo 1.3, recordando que durante el segundo semestre presentamos un brote de *Acinetobacter Baumannii*. Es nuestra meta seguir disminuyendo estos valores. Y el porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico en el mismo periodo alcanzó un 2%, con el compromiso de hacer todo lo posible para disminuir los casos de infecciones del sitio quirúrgico. Siendo ginecología y obstetricia quienes presentan la mayoría de estas complicaciones. Tenemos el compromiso de hacer cumplir las normas de bioseguridad y lavado de manos con el recurso médico y de enfermería. Y se implementaron medidas extraordinarias para tratar este brote de IAAS.

Ver anexo 7

Indicador financiero

El porcentaje de ejecución presupuestaria de modo general en el semestre se llegó a un promedio de 97% quedando arriba del estándar.

ver anexo 8

Indicadores epidemiológicos.

La tasa bruta de mortalidad hospitalaria en promedio durante el año es de 1.4. la tasa neta de mortalidad en promedio es de 0.4%, con diagnósticos relacionados a patología como: envenenamiento, Diabetes mellitus, enfermedades endocrinas (DHE), Traumatismos craneoencefálicos, enfermedades del sistema genitourinario, Desnutrición. Hay que tomar en cuenta que hay muertes que no se pueden evitar por las condiciones en que consultan los pacientes y no siempre está disponible el especialista a la hora de intervención en crisis y algunos casos en que la familia no acepta referencia para recibir la atención que necesita.

La razón de mortalidad materna fue de 0%, lo cual nos obliga seguir manteniendo nuestro compromiso de ahora junto a la ley nacer con cariño para brindar atención oportuna de calidad y calidez a las embarazadas.

La tasa de mortalidad infantil y neonatal fue promedio fue de 1.4% respectivamente, hay que tener en cuenta que hay diferentes factores que intervienen en estos resultados entre los más comunes son Deficiente control prenatal e infantil desde la

comunidad hasta el hospital que recibe. La tasa de mortalidad fetal tardía fue de 3.7%. Lo ideal sería fomentar la consejería pregestacional, 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.

Respecto a las enfermedades crónicas la tasa de letalidad de la diabetes mellitus fue de 0.5%, por Hipertensión arterial tuvimos una tasa de letalidad de 4.6%, 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 3.3%, por Neumonía fue de 1.8%, por traumatismos fue de 0.6%, por accidentes de tránsito fue de 0, y de COVID – 19 fue de 3.5%, observando que su mayoría de estos fue en el primer semestre del año.

Ver anexo 9

Pacientes recibidos de otras instituciones			
	Programado anual	Realizado enero-diciembre	Porcentaje total
Número total de pacientes recibidos para atención de Consulta Médica Especializada	1646	1,671	102%
Número total de pacientes recibidos para la atención del Parto	480	365	76%
Número total de pacientes recibidos para Hospitalización No Quirúrgica	246	286	116%
Número total de pacientes recibidos para la realización de procedimientos quirúrgicos	309	378	122%
Número total de pacientes recibidos de otras instituciones	2575	2,697	105%

Pacientes recibidos de otras instituciones

De forma general en el año el número de pacientes recibidos de otras instituciones sobrepaso la meta con 102%; hay que tomar en cuenta que estas programaciones son según nuestra población de agi, y el HNNG atiende muchas referencias de otras agi, y eso hace que aumente nuestra producción. 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.

El primer nivel necesita hacer un mejor análisis de abastecimiento de insumos porque muchas de las referencias que nos mandan es por falta de insumos.

Pacientes referidos a otras instituciones			
	Programado	Realizado enero-diciembre	Porcentaje
Número total de pacientes enviados para atención de Consulta Médica Especializada	1992	1,132	57%
Número total de pacientes enviadas para la atención del Parto a nivel superior	111	197	177%
Número total de pacientes enviados para Hospitalización No Quirúrgica	221	417	188%
Número total de pacientes enviados para la realización de procedimientos quirúrgicos	352	526	149%
Número total de pacientes enviados de otras instituciones	1903	2,322	122%

Pacientes referidos a otras instituciones

De forma general en el año el número de pacientes enviados a otras instituciones sobrepasamos el estándar con 122% de lo programado; en el Número total de pacientes enviadas para la atención del Parto a nivel superior se puede observar la diferencia que hay entre todo el año y diciembre, ya que de enero a noviembre hubo escasas de obstetras, traduciéndose en muchos turnos sin especialista por lo tanto las referencias fueron mas abundantes, pero en el mes de diciembre que ya todos los turnos quedaron cubiertos por obstetra las referencias se redujeron a 9. Hay que esperar a ver como va la tendencia del año 2023, ya que se espera contar con todos los turnos cubiertos por especialista.



MINISTERIO
DE SALUD



No.	HOSPITAL: Nacional Nueva Guadalupe	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Anual 2022	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%	Disminuyendo considerablemente del año anterior (30%), en un 6% sobrepasando por poco la meta establecida principalmente por la aplicación de la Ley Nacer con Cariño
1.1.2	Disminuir el índice de cesárea de primera vez al menos en un 1% en relación con el año previo	10%	(N° de cesáreas realizadas 1°vez/Total de partos atendidos) *100	SIMMOW y SPME	Jefe de obstetricia	13%	Sobrepasamos el estándar, pero mejoramos considerablemente, se superó con respecto al año pasado en este mismo periodo en un 5%
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 CLAP 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	100%	Reflejado en los estándares de calidad que se realizan de forma mensual (1 ^{er}) Ver actas de revisión de expedientes
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	7	Implementación de la Ley Nacer con cariño a médicos generales de la institución y RIIS (febrero) Prácticas de Ley Nacer con cariño a médicos ginecólogos (marzo). Se impartió 2 tema institucional y 2 tema en la microred. También se capacito al personal de enfermería como doula en la implementación LNCC 40h. 2 grupos de enfermería.

1.2.2	Evaluación de cumplimiento de simulacros Código rojo	8 evaluaciones	(Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas) *100	Reportes de evaluación	Comité de calidad	50%	Verificar acta para más información
1.2.3	Evaluación de cumplimiento de simulacros Código amarillo	4 evaluaciones	(Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas) *100	Reportes de evaluación	Comité de calidad	50%	Verificar acta para más información
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%	Escritas en libro de actas del comité de auditoría
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	88%	Lista de asistencia.

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	6	4. Capacitación en habilidades obstétricas de enfermería. 2 capacitaciones por parte de supervisoras LNNC
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	50%	Se realizo 1 evaluación por cada especialidad. Ver acta para más información
1.3.4	Evaluación del cumplimiento de guía de atención de IVU en el embarazo paciente hospitalizada.	12	(Monitoreos realizados/monitoreos programados) *100	Comité de calidad	Comité de calidad	25%	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 *100	Comité de calidad	Comité de calidad	25%	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 (1ªT.)
1.4	Resultado esperado: Mejorar la calidad del control prenatal en la RISS						

1.4.1	Capacitaciones a personal médico de la RIIS en temas obstétricos primordiales	6	Temas impartidos/temas programados *100	Libro de reporte de actividades académicas	Jefe de Obstetricia y coordinador de micro red	50%	Implementación de la Ley Nacer con cariño a médicos generales de la institución y RIIS (febrero). Intercambio de experiencias en la implementación LNCC Reunión de microred Chinameca. Ver lista de asistencia.
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	No se han realizado
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 púerperas 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%	Usuarías atendidas	SIMMOW	Jefe de Obstetricia y cabeza de micro red	2%	La atención preconcepcional es más requerida en el 1º nivel de salud
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	0	Como 2ª nivel damos seguimiento a embarazadas con algún factor de riesgo que son referidas del 3ª nivel.
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 3 atenciones de ARR, en el semestre de las cuales todas son control (1ªT)
2	Objetivo: Mejorar la salud de la niñez						
2.1	Resultado esperado: Disminuir la morbimortalidad perinatal asociada a asfixia.						
2.1.1	Atención de recién nacidos con depresión respiratoria según guías de atención	100%	(Nº recién nacidos con depresión respiratoria atendidos según guías /Nº de recién nacidos con depresión respiratoria). *100	Auditorías realizadas	Jefe de pediatría	100%	Se realizó 1 auditoría: de asfixias

2.1.2	Recertificación en NALS a personal médico que atiende partos.	100% (3 al año)	Personal certificado	Diplomas de aprobación	Jefe de pediatría	100%	Ver libro de actas
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	100%	Ver libro de actas
2.1.4	Auditar todos los casos de recién nacidos asfixia.	100%	auditorias realizados	Reportes de auditorias	Jefe de pediatría	100%	Se realizo 1 auditoria. comité de Morbimortalidad Hospitalaria audita el 100% de los casos de recién nacidos asfixiados
2.1.5	Realizar simulacros de reanimación	6	(simulacros realizados/programados) *100	Reporte de simulacros	Jefe de pediatría	4	programación anual y cumplimiento de simulacros de reanimación por jefe de Pediatría
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%	Abastecimiento de Medicamentos necesarios para el cumplimiento de esquema de maduración pulmonar
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%	Comité de Morbimortalidad Infantil auditorias de los expedientes clínicos de muertes infantiles

2.3.2	Evaluar que la atención pediátrica se haga cumpliendo la normativa	6	Evaluaciones realizadas	Libro de monitoreo	Jefe de pediatría.	6	Ver acta para más detalle
2.3.3	Monitorear la aplicación del Triage pediátrico(CETEP)	6	Monitoreos realizados	Libro de monitoreo	Jefe de pediatría.	0	No se realizó ningún monitoreo
2.3.4	Análisis de referencias pediátricas recibidas de las UCSF	12	Análisis mensual	Reporte de análisis	Comité de referencia y retorno	0	No se realizó ningún análisis
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	4 temas	Temas impartidos	Lista de asistencia y programa de temas	Coordinador de micro red. Médico internista	5	Se dieron 5 charlas al personal del hospital. Reuniones de RIIS no se han realizado (1ªT)

	(Diabetes Mellitus, IRC, HTA, EPOC, etc.) hospital y micro red.						
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	≥97%	Enero a diciembre cerramos con un promedio de 97%
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 porque no se cuenta con unidad renal
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	50%	Ver acta para mas detalle
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	Contamos con el programa INFOCA para la satisfacción del usuario y ODS para quejas
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.	100%	Se realiza 1 por mes. Para más información ver documentación
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 y funcionando
4.2.2 *	Capacitar en trato de genero al personal de hospital	4	Capacitaciones	Lista de asistencias	Coordinador de comité	4	Ver lista de asistencia

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 2022 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 2022.	12	(Actividades del plan 2020 desarrolladas / actividades del plan 2020 programadas) *100	Informes de evaluaciones	Comité de Fármaco vigilancia. Asesor médico de suministros	5	Se han realizado 4 en el año reuniones. Ver actas para más información.
5.1.3	Monitoreo y supervisión periódica	12	(Monitoreos y supervisiones	Informe de monitoreo y	Comité de Fármaco	6	Se realiza mensualmente.

	a las diferentes áreas de atención de pacientes, verificando el eficiente uso de medicamentos e insumos.		realizadas/ total monitoreos y supervisiones programadas)*100	supervisiones.	vigilancia. 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

Anexo 1

indicador	estándar	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct	Nov	dic	promedio
INDICADORES EMERGENCIA														
1. razón de consulta de emergencia /consulta externa	0.1 - 0.2	2.09	2.06	2.02	2.85	2.32	2.35	2.15	2.25	2.39	2.28	2.37	2.50	2.3
2.1 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Pediatría (horas)	Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs.	0:54:00	4:15:00	1:58:00	2:21:00	2:03:00	3:23:00	2:08:00	1:30:00	3:10:00	2:53:00	2:26:00	1:23:00	02:22:00
2.2 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Ginecología (horas)	Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs.	1:35:00	2:58:00	3:12:00	1:03:00	2:30:00	2:20:00	2:19:00	1:33:00	1:48:00	1:11:00	2:12:00	1:11:00	01:59:20
2.3 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Obstetricia (horas)	Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs.	1:35:00	2:58:00	3:12:00	1:03:00	2:30:00	2:20:00	2:19:00	1:33:00	1:48:00	1:11:00	2:12:00	1:11:00	01:59:20
2.4 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Medicina Interna(horas)	Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs.	1:54:00	5:30:00	2:06:00	2:05:00	2:11:00	3:05:00	2:13:00	2:50:00	1:25:00	2:31:00	4:06:00	1:27:00	02:36:55
2.5 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Cirugía General (horas)	Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs.	1:47:00	3:14:00	1:10:00	2:12:00	2:47:00	1:30:00	2:58:00	2:07:00	2:21:00	2:30:00	3:30:00	1:25:00	02:17:35

Anexo 2

indicador														promedio
INDICADORES CONSULTA EXTERNA	estándar	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	Julio	Agosto	sept	Oct	Nov	Dic	
3. Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médica especializada de primera vez.	2.0 – 4.0	0.7	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	0.7	0.8	0.9	0.9
4. Promedio diario de consultas médica por consultorio de consulta externa	21 - 28	11	10	12	9	12	11	12	10	11	12	11	10	10
5. Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)	30 días o menos	3	3	5	10	7	11	7	14	11	11	12	19	19
6. Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Ginecología de primera vez (días)	30 días o menos	16	49	30	32	34	33	26	31	33	25	27	29	29
7. Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Obstétrica de primera vez (días)	5 días o menos	9	5	6	12	7	10	13	12	12	13	10	5	5
8. Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Medicina Interna de primera vez (días)	30 días o menos	11	18	13	19	17	21	23	38	40	32	34	21	21
9. Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Cirugía de primera vez (días)	30 días o menos	7	4	4	12	7	18	19	19	17	13	18	10	10

Anexo 3

INDICADORES DE HOSPITALIZACION	estándar	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	Julio	agosto	sept	Oct	Nov	Dic	promedio
10. Giro cama pediatría	7 -13.	3	3	4	6	3	5	4	4	3	4	4	4	3.9
11. Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría	85%	28%	30%	37%	55%	39%	46%	41%	39%	33%	36%	37%	38%	38%
12. Promedio de días estancias Pediatría	2 - 4.	3.1	3.1	2.6	3.2	2.8	3	2.7	3.3	3.6	2.7	2.7	2.7	3
13. Índice de sustitución de cama en Pediatría	0 - 1	7.3	8.1	5	2.4	4.4	3.6	4.3	4.8	6.7	5.0	4.4	4.6	5
14. Giro Cama Neonatología	7 - 13.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
15. Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología	85%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
16. Promedio de días estancias Neonatología	2 - 4.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
17. Índice de sustitución de cama en Neonatología	0 - 1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
18. Giro Cama Ginecología	13	11	6	10	10	8	9	6	4	7	7	5	5	7.3

19. Porcentaje de ocupación del Servicio de Ginecología	85%	53%	52%	74%	79%	66%	100%	50%	55%	68%	55%	56	50%	63%
20. Promedio de días estancias Ginecología	2	2	3	2	2	3	4	3	2	3	3	4	3	2.8
21. Índice de sustitución de cama en Ginecología	0 - 1	1.4	2.5	0.8	0.7	1.3	0	2.6	4.0	1.4	2.0	3.0	3.1	1.9
22. Giro Cama Obstetricia	13 - 26	5	5	6	6	6	5	6	7	7	6	7	6	6
23. Porcentaje de ocupación del Servicio de Obstetricia	85%	41%	43%	51%	53%	53%	46%	48%	67%	66%	55%	56%	51%	53%
24. Promedio de días estancias Obstetricia	1 - 2.	2.4	2.7	2.6	3.1	2.5	2.9	2.6	2.7	2.9	2.5	2.8	2.6	2.7
25. Índice de sustitución de cama en Obstetricia	0 - 1	3.7	3.4	2.7	2.7	2.4	3.2	2.7	1.4	1.4	2.3	2.1	2.4	2.5
26. Giro Cama Medicina Interna	3 - 4.	4.7	3.2	4.8	5.3	5.1	5.9	4.9	4.4	5.9	7.4	6.1	5.1	5.5
27. Porcentaje de ocupación del Servicio de Medicina Interna	85%	41%	27%	40%	52%	47%	53%	42%	40%	61%	69%	46%	55%	48%
28. Promedio de días estancias Medicina Interna	6 - 8.	2.7	2.9	2.5	2.9	2.5	3.1	2.4	3.0	3.3	2.8	2.6	3.2	2.8

29. Índice de sustitución de cama en Medicina Interna	0 - 1	3.9	7.1	3.9	2.9	3.2	2.5	3.7	4.3	2.1	1.3	2.7	2.8	3.4
30. Giro Cama Cirugía General	4 - 7.	3.8	3.6	6.5	5	5.6	6.1	6.5	4.8	5.9	5.5	4.4	5	5.2
31. Porcentaje de ocupación del Servicio de Cirugía General	85%	52%	38%	74%	52%	63%	75%	93%	56%	83%	50%	66%	70%	64%
32. Promedio de días estancias Cirugía General	4 - 7.	3.9	3.7	3.4	3.4	3.3	3.5	4.4	3.8	4.3	3.3	4.3	4.5	3.8
33. Índice de sustitución de cama en Cirugía General	0 - 1	3.9	5.3	1.3	3	2	1.3	0.3	2.9	0.9	2.8	2.4	1.9	2.3

Anexo 4

INDICADORES														
INDICADORES														
HOSPITALIZACION COVID 19	estándar	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	Julio	Agosto	septiembre	Oct	Nov	Dic	promedio
34. Giro Cama Hospitalización COVID	3 - 4.	1.3	1.1	0.8	0.5	1	0.7	0.7	0.4	0.2	0.2	0.3	0.1	0.6
35. Porcentaje de ocupación de Hospitalización COVID	85%	11%	10%	6%	8%	9%	8%	9%	3%	1%	1%	3%	3%	6%
36. Promedio de días estancias en Hospitalización COVID	6 - 8.	2.6	2.7	2.3	4.4	2.8	3.3	3.9	2.2	1.3	1.3	3.5	7.5	3.1
37. Índice de sustitución de cama en Hospitalización COVID	0 - 1	21.8	24.6	36.5	53.8	28.2	39	38.4	75.3	153.7	153.7	112.8	225.0	80

Anexo 5

INDICADORES														
INDICADORES DE ACTIVIDAD QUIRURGICA	estándar	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	Julio	Agosto	sept	Oct	Nov	Dic	promedio
38. Porcentaje de cirugías mayores realizadas	>60%	61%	59%	71%	57%	56%	70%	60%	57%	59%	65%	53%	53%	60%
39. Porcentaje de cirugías mayores electivas	60%	33%	51%	52%	43%	53%	43%	32%	54%	38%	41%	41%	43%	44%
40. Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias	-	40%	39%	37%	17%	32%	34%	42%	13%	21%	16%	42%	39%	31%
41. Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano	4	1.3	1.4	2.2	1.5	1.9	1.9	1.2	1.6	1.4	1.9	1.3	1.4	1.6
42. Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano		1.6	0.9	1.3	1.2	1.1	1.6	1.6	0.9	1.5	1.7	1.2	1.2	1.3
43. Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas	5%	6%	9%	0%	0%	0%	2%	0%	11%	0%	0%	0%	0%	2%
44. Índice de cesáreas	10 - 15.	23.9	24.6	23.3	18.1	18.3	34.5	28	25.6	22.6	27.8	22.0	24.3	24
45. Porcentaje de cesáreas de primera vez	-	13%	16%	8%	8%	7%	19%	15%	12%	15%	16%	17%	18%	14%
46. Porcentaje de quirófanos funcionando	100%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%
47. Tiempo promedio (días) de espera para Cirugía General electiva	60	20	13	12	10	7	8	5	18	15	23	20	23	14

Anexo 6

INDICADOR														
INDICADOR DE ABASTECIMIENTO	estándar	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	Julio	Agosto	sept	Oct	Nov	Dic	promedio
63. Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.	80%	95.90%	98.60%	98.60%	97.30%	97.70%	96.80%	97.3%	98.2%	96.4%	96.4%	98.2%	98.2%	97%

Anexo 7

INDICADORES														
INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	estándar	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	promedio
64. Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos		0	0.74	0.63	0.3	0.31	0	0	0.96	11.76	0.86	0	0.32	1.3
65. Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico	3 - 7.5	0%	2%	1.60%	2%	1.90%	0%	0%	6.4%	7%	1.3%	0	0	2%

Anexo 8

INDICADOR														
INDICADOR FINANCIERO	estándar	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	Julio	Agosto	sept	Oct	nov	Dic	promedio
66. Porcentaje de ejecución presupuestaria	95%	99.40%	94.79%	100%	95.29%	96.10%	99%	96.96%	94.85%	96.95%	99.37%	89.06%	100%	96.8%

76. Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
77. Tasa de mortalidad por traumatismos		7.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.6
78. Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente		0	50	0	0	100	0	0	0	0	33.3	0	0	15.3
1.79. Tasa de letalidad por neumonía		0	0	0	11.1	0	0	0	0	6.3	0	4.5	0	1.8
80. Tasa de letalidad por COVID-19 (Sospechoso, Confirmado)		5.3	5.9	0	12.5	0	9.1	9.1	0	0	0	0	0	3.5
81. Tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica en UCI.	12 episodios por 1000 días de ventilación mecánica	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
82. Tasa de letalidad por diarrea		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83. Tasa de letalidad por IRC		0	0	0	0	0	0	0	33.3	6.3	0	0	0	3.3
84. Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus		0	0	5.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.5
85. Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos		0	0	0	20	7.1	0	0	16.7	0	0	11.8	0	4.6



MINISTERIO
DE SALUD





MINISTERIO
DE SALUD

