



**EVALUACION DE POA SEMESTRAL
HOSPITAL NACIONAL NUEVA GUADALUPE
ENERO – JUNIO
2023**

**Dra. Maritza Marisol Sura de Guevara
DIRECTORA
Dra. Rocío Elizabeth Parada Pérez
PLANIFICACION**

EQUIPO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

Nueva Guadalupe, 31 de julio 2023.

INDICE

1. PRODUCCION HOSPITALARIA

2. INDICADORES DE GESTION

3. INDICADORES HOSPITALARIOS

ACTIVIDADES HOSPITALARIAS CONSULTA EXTERNA, HNNG 2023.

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales																					
Consulta Externa Médica																					
General																					
Medicina General	510	235	46%	510	214	42%	510	222	44%	510	163	32%	510	275	54%	510	271	53%	3,060	1,380	45%
Especialidades																					
Especialidades Básicas																					
Medicina Interna	272	173	64%	272	155	57%	272	209	77%	272	130	48%	272	191	70%	272	214	79%	1,632	1,072	66%
Cirugía General	238	122	51%	238	107	45%	238	137	58%	238	74	31%	238	108	45%	238	134	56%	1,428	682	48%
Pediatría General	204	111	54%	204	110	54%	204	167	82%	204	109	53%	204	139	68%	204	154	75%	1,224	790	65%
Ginecología	272	169	62%	272	154	57%	272	173	64%	272	134	49%	272	165	61%	272	194	71%	1,632	989	61%
Obstetricia	353	283	80%	353	210	59%	353	288	82%	353	172	49%	353	127	36%	353	170	48%	2,118	1,250	59%
Emergencias																					
De Cirugía																					
Cirugía General	100	124	124%	100	84	84%	100	148	148%	100	132	132%	100	135	135%	100	147	147%	600	770	128%
De Pediatría																					
Pediatría Gral.	250	252	101%	250	328	131%	250	377	151%	250	337	135%	250	358	143%	250	453	181%	1,500	2,105	140%
De Gineco-Obstetricia																					
Ginecología	21	31	148%	21	36	171%	21	42	200%	21	33	157%	21	46	219%	21	50	238%	126	238	189%
Obstetricia	229	231	101%	229	213	93%	229	242	106%	229	256	112%	229	189	83%	229	174	76%	1,374	1,305	95%
Otras Atenciones Consulta Emergencia																					
Emergencia/Consulta General	1,762	2,179	124%	1,762	2,013	114%	1,762	2,596	147%	1,762	2,631	149%	1,762	3,021	171%	1,762	2,938	167%	10,572	15,378	145%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica																					
Nutrición	68	46	68%	68	57	84%	68	68	100%	68	51	75%	68	79	116%	68	72	106%	408	373	91%
Planificación Familiar	41	46	112%	41	40	98%	41	43	105%	41	40	98%	41	29	71%	41	41	100%	246	239	97%
Psicología	85	113	133%	85	120	141%	85	112	132%	85	74	87%	85	106	125%	85	121	142%	510	646	127%
Consulta Externa Odontológica																					
Odontológica de primera vez	17	79	465%	17	33	194%	17	23	135%	17	54	318%	17	0	0%	17	0	0%	102	189	185%
Odontológica subsecuente	76	7	9%	76	56	74%	76	75	99%	76	14	18%	76	0	0%	76	0	0%	456	152	33%

Fuente de Datos

* Programación: Ingreso de datos (SPME).

* Producción: Consulta Externa Médica, Otras Atenciones Consulta Externa Médica (SIMMOW).

* Producción: Consulta Externa Odontológica (SIMMOW).

❖ CONSULTA EXTERNA

En cuanto a Medicina General, se logró el 45% de lo programático ya que se ha mantenido el abastecimiento de medicamentos a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles a los cuales durante su consulta se asignan sus recetas repetitivas y se mantiene la descentralización de pacientes a las UCSF cercanas a lugar de residencia.

Más detalladamente, medicina interna alcanzó un 66% de lo programático, observándose una ligera disminución de producción en el mes de abril con un 48% tomando en cuenta que pueden existir misiones oficiales e incapacidades y el especialista como recurso único, además en ese preciso mes se gozó de vacaciones de semana santa por lo que la consulta se detuvo durante 7 días hábiles. En la especialidad de cirugía general se alcanzó 48 % de lo programático, tomando en cuenta, el cambio de áreas de las jefaturas de cirugía general en el mes de febrero, además otro de los factores influyentes en este porcentaje es que el recurso especialista en la consulta externa labora solo 6 horas, por lo que el tiempo de consulta se reduce. En cuanto a la especialidad de pediatría se alcanzó un 65% de lo programático, observando un aumento significativo en el mes de marzo y junio con el mayor número de consultas esto relacionado con auge de enfermedades respiratorias y gastrointestinales. En la especialidad de ginecología se contempla un 61% el número de consultas de esta especialidad han disminuido significativamente y obstetricia se queda con un 59%.

❖ EMERGENCIA

Cabe mencionar que no contamos con especialista fijo para cubrir 8 horas en el área de emergencia , exceptuando cirugía general que dicho recurso se mantiene durante las 8 horas de consulta las demás especialidades como pediatría, ginecología y obstetricia , luego de dar atención en sus servicios correspondientes se hacen presente a la emergencia para brindar las debidas atenciones a los usuarios y en el caso de medicina interna se hace presente cuando se requiere de una interconsulta , de modo general la cobertura de las especialidades básicas en la emergencia siendo la consulta de ginecología alcanzando un mayor porcentaje de 189% , medicina general con un porcentaje con un 145%, le sigue pediatría 140% , seguido por cirugía general con un 128%, y se da cobertura obstétrica en el área de emergencia, alcanzando un 95%.

❖ OTRAS ATENCIONES CONSULTA EXTERNA MEDICA

En los servicios de apoyo como nutrición se cumplió un 91% de la meta en comparación del primer trimestre que alcanzo un 84, planificación familiar obtuvo un 97% y psicología superando lo programado con un 127%, en los que las atenciones psicológicas a adolescentes ha aumentado significativamente

Nota importante: se hicieron modificaciones de ingreso de metas del año 2022 en producción de planificación familiar ya que se encontraba con 0 programaciones, se agregaron de acuerdo al dató histórico de los últimos años, jefatura central de planificación enterados.

❖ CONSULTA EXTERNA ODONTOLÓGICA.

En el área de consulta de odontología de primera vez, se sobrepasó la meta con un 185%, mientras que la consulta subsecuente se queda con un mínimo de 33%, que no era lo que se esperaba, pero esto se explica que a partir del 01 de mayo no contamos con medico odontólogo en área de consulta externa, por lo que no se están brindando consultas y por lo tanto no tenemos producción odontológica del mes de mayo y junio.

ACTIVIDADES HOSPITALARIAS HOSPITALIZACION, HNNG 2023.

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales																					
Egresos Hospitalarios																					
Especialidades Básicas																					
Cirugía	65	41	63%	65	32	49%	65	70	108%	65	55	85%	65	69	106%	65	66	102%	390	333	85%
Ginecología	32	9	28%	32	10	31%	32	12	38%	32	6	19%	32	6	19%	32	7	22%	192	50	26%
Medicina Interna	141	116	82%	141	102	72%	141	105	74%	141	117	83%	141	120	85%	141	127	90%	846	687	81%
Obstetricia	167	91	54%	167	94	56%	167	115	69%	167	107	64%	167	101	60%	167	101	60%	1,002	609	61%
Pediatría	115	74	64%	115	90	78%	115	85	74%	115	86	75%	115	107	93%	115	121	105%	690	563	82%
Otros Egresos																					
Bienestar Magisterial	3	6	200%	3	4	133%	3	3	100%	3	11	367%	3	9	300%	3	5	167%	18	38	211%
Emergencia	0	2	ND	0	0	ND	0	1	ND	0	1	ND	0	2	ND	0	1	ND	0	7	ND
Partos																					
Partos vaginales	67	42	63%	67	42	63%	67	59	88%	67	45	67%	67	38	57%	67	37	55%	402	263	65%
Partos por Cesáreas	15	24	160%	15	23	153%	15	17	113%	15	23	153%	15	20	133%	15	23	153%	90	130	144%
Cirugía Mayor																					
Electivas para Hospitalización	28	29	104%	28	15	54%	28	32	114%	28	15	54%	28	15	54%	28	17	61%	168	123	73%
Electivas Ambulatorias	12	6	50%	12	12	100%	12	21	175%	12	6	50%	12	15	125%	12	12	100%	72	72	100%
De Emergencia para Hospitalización	37	42	114%	37	62	168%	37	39	105%	37	48	130%	37	42	114%	37	51	138%	222	284	128%
De Emergencia Ambulatoria	4	11	275%	4	3	75%	4	10	250%	4	8	200%	4	5	125%	4	6	150%	24	43	179%
Medicina Crítica																					
Unidad de Emergencia																					
Admisiones	0	6	ND	0	5	ND	0	15	ND	0	10	ND	0	18	ND	0	0	ND	0	54	ND
Transferencias	0	3	ND	0	1	ND	0	6	ND	0	3	ND	0	2	ND	0	0	ND	0	15	ND

Fuente de Datos

* Programación: Ingreso de datos (SPME).

* Producción: Egresos Hospitalarios (SIMMOW).

* Producción: Cirugía Mayor Electivas para Hospitalización y De Emergencias para Hospitalización (SIMMOW por fecha de intervención).

* Producción: Cirugía Mayor Electivas Ambulatorias y De Emergencias Ambulatorias (SIMMOW por fecha de egreso).

* Producción: Partos (SIMMOW por fecha de parto).

* Producción: Medicina Crítica (SEPS2).

❖ HOSPITALIZACION

En los servicios de hospitalización el servicio de cirugía general alcanzo una mayor producción de egresos hospitalarios con un 85% de lo programático, consecutivamente pediatría obtuvo un 82% seguido de medicina interna con un 81%, mientras que obstetricia alcanzo un 61% de los egresos hospitalario seguidamente de ginecología quedándose con el porcentaje más bajo con un 26 %. Que en comparación del primer trimestre obtuvo un 30% una ligera disminución.

Por parte de Bienestar Magisterial sobrepaso lo programático de los egresos con un 211% alcanzando el mayor porcentaje con un 367% en el mes de abril, esto hace constar que va en aumento la prestación de servicios a pacientes de bienestar magisterial mientras que los datos de emergencia se refieren a los fallecidos por lo que no hay un dato programado, teniendo una cifra total de 7 fallecidos, en el primer semestre.

❖ PARTOS

En cuanto a los partos vaginales se alcanzó un 65% seguidamente partos por cesáreas sobrepasando la meta en un 144%, cabe mencionar que la jefe del departamento de ginecología y obstetricia lleva un registro de cesáreas de primera vez, en la que todas y cada una de ellas poseen su respectiva justificación, este libro es monitoreado en las supervisiones de la Ley Nacer con Cariño.

❖ CIRUGIA MAYOR

Las cirugías de emergencia ambulatoria alcanzaron un 179% de lo programático, seguida por cirugía mayor de emergencia a hospitalización con un 128%, consecutivamente las cirugías electivas ambulatorias con un 100% , cabe mencionar que anteriormente durante la pandemia las cirugías electivas se suspendieron, sin embargo esa mora quirúrgica se ha ido saldando poco a poco, por lo que al momento las cirugías que se realizan son las emergentes y las que actualmente se van programando, Y la que más bajo en producción fue la cirugía electiva para hospitalización que llegó a un 73%. Es importante tomar en cuenta las incapacidades de los recursos o misiones oficiales que provoca una disminución de los productos finales.

❖ UNIDAD DE EMERGENCIA

Para el primer semestre se obtuvo 54 admisiones es decir 54 ingresos en observación y 15 transferencias a otros servicios (cirugía, medicina interna)

Nota: Cabe mencionar que lo programado, se encuentra a 0 en datos, esto se comunicó a encargado de Planificación de nivel central, quien refiere que no se apertura en el SPME al realizar la POA hospitalaria, cuando se realizó el cálculo de metas, por lo tanto, esto deberá ser programado en la POA hospitalaria 2024.

SERVICIOS INTERMEDIOS, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACION, HNNG 2023.

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios																					
Diagnostico																					
Imagenología																					
Radiografías	666	728	109%	666	648	97%	666	820	123%	666	780	117%	666	892	134%	666	826	124%	3,996	4,694	117%
Ultrasonografías	316	363	115%	316	344	109%	316	405	128%	316	279	88%	316	252	80%	316	375	119%	1,896	2,018	106%
Anatomía Patológica																					
Biopsias Cuello Uterino	0	7	ND	0	1	ND	0	10	ND	0	0	ND	0	6	ND	0	4	ND	0	28	ND
Biopsias Mama	0	2	ND	0	0	ND	0	4	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	6	ND
Biopsias Otras partes del cuerpo	0	27	ND	0	23	ND	0	34	ND	0	20	ND	0	21	ND	0	0	ND	0	125	ND
Otros Procedimientos Diagnósticos																					
Electrocardiogramas	333	130	39%	333	261	78%	333	218	65%	333	130	39%	333	112	34%	333	475	143%	1,998	1,326	66%
Tratamiento y Rehabilitación																					
Cirugía Menor	54	35	65%	54	34	63%	54	51	94%	54	48	89%	54	34	63%	54	38	70%	324	240	74%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	400	513	128%	400	572	143%	400	727	182%	400	405	101%	400	676	169%	400	773	193%	2,400	3,666	153%
Inhaloterapias	633	674	106%	633	882	139%	633	1,088	172%	633	1,430	226%	633	1,418	224%	633	1,072	169%	3,798	6,564	173%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	9,666	10,829	112%	9,666	10,224	106%	9,666	12,952	134%	9,666	10,822	112%	9,666	12,244	127%	9,666	13,345	138%	57,996	70,416	121%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	4,166	4,180	100%	4,166	3,793	91%	4,166	4,615	111%	4,166	5,118	123%	4,166	4,602	110%	4,166	5,109	123%	24,996	27,417	110%
Trabajo Social																					
Casos Atendidos	500	0	0%	500	0	0%	500	0	0%	500	0	0%	500	0	0%	500	0	0%	3,000	0	0%

Fuente de Datos

* Programación: Ingreso de datos (SPME).

* Producción: Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación (SEPS2).

❖ IMAGENOLOGIA

Respecto a los servicios intermedios, siendo el área de radiografías la de mayor producción del servicio de apoyo diagnóstico alcanzando un 117% , siguiendo área de ultrasonografías con un 6% , tomando en cuenta que el recurso es único y que únicamente labora 2 horas vespertinas ,mientras que en área de tratamiento y rehabilitación fisioterapia alcanzo un 153% de lo programático dos puntos arriba del primer trimestre , dando servicios también a Bienestar Magisterial siendo cirugía mayor la que obtuvo menor producción con un 74%, con respecto a electrocardiogramas nos quedamos por debajo de la meta con un 61% generalmente este estudio de gabinete se toma en pacientes con alguna patología y también para evaluación prequirúrgica, Con estos datos podemos observar que estamos sobrecargados en el área de servicios intermedios, ya que se están realizando mucho más de lo que se programó.

Con respecto a las recetas dispensadas en el área de consulta ambulatoria superamos la meta con un 121% de cumplimiento y recetas dispensadas de hospitalización con un 110%.

❖ TRABAJO SOCIAL, HNGG 2023.

Casos atendidos Primer trimestre	Programados	Realizados	Cumplimiento
	1,500	1,774	118%
Casos atendidos Segundo trimestre	Programados	Realizados	Cumplimiento
	1,500	1,648	109%

Con respecto a trabajo social, estamos sobrepasando la producción con un 118% en el primer trimestre y con un 109% durante el segundo trimestre, sobrepasando la meta programada.

ACTIVIDADES HOSPITALARIAS: SERVICIOS INTERMEDIOS, LABORATORIO CLINICO BANCO DE SANGRE

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios			
Diagnostico			
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre			
Hematología			
Consulta Externa	1,800	2,191	122%
Hospitalización	6,246	5,015	80%
Emergencia	6,096	9,322	153%
Referido / Otros	1,998	2,221	111%
Inmunología			
Consulta Externa	498	523	105%
Hospitalización	1,746	1,385	79%
Emergencia	750	2,013	268%
Referido / Otros	246	195	79%
Bacteriología			
Consulta Externa	300	381	127%
Hospitalización	750	1,386	185%
Emergencia	750	1,013	135%
Referido / Otros	150	472	315%
Parasitología			
Consulta Externa	246	160	65%
Hospitalización	300	302	101%
Emergencia	600	640	107%
Referido / Otros	150	71	47%
Bioquímica			
Consulta Externa	7,500	9,798	131%
Hospitalización	9,000	8,688	97%
Emergencia	15,000	26,612	177%
Referido / Otros	9,996	12,135	121%

Banco de Sangre			
Consulta Externa	402	425	106%
Hospitalización	1,050	706	67%
Emergencia	642	660	103%
Referido / Otros	72	83	115%
Urianálisis			
Consulta Externa	798	755	95%
Hospitalización	1,098	1,252	114%
Emergencia	3,000	4,618	154%
Referido / Otros	546	734	134%

- ❖ En general laboratorio clínico en sus diferentes ramas de estudio alcanzo a sobrepasar su programación en la mayoría de áreas sobrepasando un 148% de lo programático quedando con la más baja producción en el área de parasitología con un 110%. El área de Urianálisis obtuvo la que mayor producción con un 268%, de lo programático.

Pruebas	Programado	Realizado	Porcentaje
Hematología	16,140	18,749	116%
Inmunología	3,220	4,116	128%
Bacteriología	1,950	3,252	167%
Parasitología	1,296	1,173	110%
Bioquímica	41,496	54,233	130%
Banco de sangre	2,166	1,874	115%
Urianálisis	2,742	7,359	268%
Total	69,010	90,756	148%

Servicio	Programado	Realizado	Porcentaje
Consulta Externa	11,544	14, 233	123%
Hospitalización	20,190	17,348	86%
Emergencia	26,088	44,878	172%
Referido / Otros	13,158	15,712	119%
Total	70,980	92,171	125%

La producción de laboratorio clínico en las diferentes áreas del hospital muestra en forma general la mayoría de las áreas del hospital sobrepasa lo programado, siendo el área de emergencia la que la mayor producción registra en cuanto a exámenes de laboratorio obteniendo un 172%, el menor porcentaje alcanzado corresponde a hospitalización un 86%, aunado a esto mencionamos que muchos de los pacientes de la emergencia no son ingresados y esto contribuye al mayor número de exámenes de laboratorio , La unidad de consulta externa obtuvo un 123% seguido de exámenes referidos con un 119%.

MONITOREO DE SERVICIOS GENERALES, HNNG 2023.

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales																					
Alimentación y Dietas																					
Hospitalización																					
Medicina	449	289	64%	449	297	66%	449	274	61%	449	344	77%	449	322	72%	449	322	72%	2,694	1,848	69%
Cirugía	234	116	50%	234	106	45%	234	178	76%	234	220	94%	234	213	91%	234	190	81%	1,404	1,023	73%
Ginecología	48	25	52%	48	19	40%	48	57	119%	48	11	23%	48	19	40%	48	18	38%	288	149	52%
Obstetricia	617	251	41%	617	249	40%	617	361	59%	617	309	50%	617	290	47%	617	387	63%	3,702	1,847	50%
Pediatría	239	223	93%	239	232	97%	239	223	93%	239	203	85%	239	317	133%	239	290	121%	1,434	1,488	104%
Neonatología	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND
Psiquiatría	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND
Otros (Convenios)	7	10	143%	7	8	114%	7	0	0%	7	6	86%	7	1	14%	7	3	43%	42	28	67%
Lavandería																					
Hospitalización																					
Medicina	1,836	1,169	64%	1,836	1,170	64%	1,836	1,240	68%	1,836	1,054	57%	1,836	1,197	65%	1,836	1,070	58%	11,016	6,900	63%
Cirugía	1,200	1,164	97%	1,200	1,188	99%	1,200	1,148	96%	1,200	1,257	105%	1,200	1,384	115%	1,200	1,322	110%	7,200	7,463	104%
Ginecología	313	200	64%	313	185	59%	313	201	64%	313	191	61%	313	201	64%	313	193	62%	1,878	1,171	62%
Obstetricia	1,849	1,014	55%	1,849	949	51%	1,849	1,060	57%	1,849	882	48%	1,849	1,080	58%	1,849	958	52%	11,094	5,943	54%
Pediatría	1,025	795	78%	1,025	864	84%	1,025	851	83%	1,025	858	84%	1,025	763	74%	1,025	683	67%	6,150	4,814	78%
Neonatología	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND
Psiquiatría	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND
Otros (Convenios)	122	22	18%	122	17	14%	122	23	19%	122	18	15%	122	24	20%	122	24	20%	732	128	17%
Consulta																					
Consulta Médica General	163	84	52%	163	80	49%	163	92	56%	163	54	33%	163	84	52%	163	88	54%	978	482	49%
Consulta Médica Especializada	388	210	54%	388	206	53%	388	276	71%	388	168	43%	388	210	54%	388	220	57%	2,328	1,290	55%
Emergencias																					
Emergencias	992	981	99%	992	983	99%	992	1,123	113%	992	982	99%	992	1,182	119%	992	1,133	114%	5,952	6,384	107%
Mantenimiento Preventivo																					
Números de Orden	250	208	83%	250	210	84%	250	214	86%	250	108	43%	250	124	50%	250	590	236%	1,500	1,454	97%
Transporte																					
Kilómetros Recorridos	12,500	12,778	102%	12,500	12,347	99%	12,500	15,101	121%	12,500	10,942	88%	12,500	12,447	100%	12,500	11,841	95%	75,000	75,456	101%

Fuente de Datos

* Programación y Producción: Ingreso de datos (SPME).

En general observamos que, en cuanto a los servicios generales, en alimentación y dietas pediatría es la que alcanza mayor porcentaje en la producción con un 104% ya que se entregan dietas a paciente y familiar. En general lavandería obtiene su mayor producción en el área de cirugía con un 104% de lo programático, quedando con menor producción obstetricia con un 50%.

En mantenimiento preventivo se alcanzó solamente un 97% de lo programático en comparación con el primer trimestre que alcanzo un 84%, además cabe mencionar que el área de mantenimiento también colabora con la construcción del nuevo almacén a esto se le suma que hay algunas compras que no se han realizado para que mantenimiento pueda solventar debido a que hubo un cambio de UACI a Unidad de Compras Públicas que detuvo por algunos días la compras.

PACIENTES REFERIDOS A OTRAS INSTITUCIONES, HNNG 2023.

	Programado	Realizado Enero- Junio
Número total de pacientes enviados para atención de Consulta Médica Especializada	2,000	660 (33%)
Número total de pacientes enviadas para la atención del Parto a nivel superior	115	119 (103.4%)
Número total de pacientes enviados para Hospitalización No Quirúrgica	230	182 (79%)
Número total de pacientes enviados para la realización de procedimientos quirúrgicos	260	304 (117%)
Número total de pacientes enviados de otras instituciones	2,605	1,274 (49%)

✓ **Pacientes referidos a otras instituciones**

De forma general en el primer trimestre el número de pacientes enviados a otras instituciones es de 593 de lo programado equivalente a un promedio de 868; en el Número total de pacientes enviadas para la atención del Parto a nivel superior se puede observar un total de 47 pacientes referidas, tomando en cuenta que nos quedan algunos turnos descubiertos de obstetra, habrá que comparar las referencias con el segundo trimestre.

El número de pacientes enviados y recibidos ha aumentado significativamente siendo reflejado en consulta externa y consulta de emergencia.

PACIENTES RECIBIDOS DE OTRAS INSTITUCIONES, HNNG 2023

	Programado anual	Realizado Enero- Junio
Número total de pacientes recibidos para atención de Consulta Médica Especializada	1700	900 (53%)
Número total de pacientes recibidos para la atención del Parto	480	154 (32%)
Número total de pacientes recibidos para Hospitalización No Quirúrgica	246	188 (76.4%)
Número total de pacientes recibidos para la realización de procedimientos quirúrgicos	309	200 (64.7%)
Número total de pacientes recibidos de otras instituciones	2735	1442 (52.7%)

❖ **Pacientes recibidos de otras instituciones**

De forma general en el primer semestre el número de pacientes recibidos de otras instituciones nos encontramos sobrepasando la meta 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, ser puntuales con los motivos de referencia, para realizar un filtro correcto de referencias.

NOTA : Con respecto a las actividades de gestión hospitalaria las metas están programadas anualmente, por lo tanto los resultados a continuación se toman en base a un 50% que se son las metas alcanzadas en el primer semestre del año 2023.

ACTIVIDADES DE GESTION, HNNG 2023.

No.	HOSPITAL: Nacional Nueva Guadalupe	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Annual 2023	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	35.2%	Con respecto al año anterior hemos subido en un 11.9% (2022- 23.3%) el porcentaje de cesáreas, jefe de obstetricia lleva una revisión de cesáreas justificando cada caso, por lo que no hemos logrado disminuir el 1% requerido
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	19.3%	Sobrepasamos el estándar, obteniendo el año pasado un 12.3% en comparación con este año, aumentando en un 7%

1.1.3	Atención de partos solo por personal médico	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	80%	Se ha cumplido en un 80%, por lo tanto, se debe hacer énfasis en el llenado completo para cumplir con los lineamientos
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	50%	60 expedientes clínicos revisados de enero a junio (10 por mes) Monitoreos realizados 6 Reflejado en los estándares de calidad que se realizan de forma mensual 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	8 temas	Temas impartidos	Libro de asistencias	Jefe de Obstetricia	25%	2 casos de Ateneo

	como unidades de la micro red.						
1.2.2	Evaluación de cumplimiento de simulacros Código rojo	8 evaluaciones	(Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas) *100	Reportes de evaluación	Comité de calidad	37.5%	Verificar acta para más información Primer simulacro 10/01/2023 Segundo simulacro 24/03/2023 Tercer simulacro 16/05/2023
1.2.3	Evaluación de cumplimiento de simulacros Código amarillo	4 evaluaciones	(Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas) *100	Reportes de evaluación	Comité de calidad	75%	Verificar acta para más información Primer simulacro 24/01/2023 Segundo simulacro 21/04/2023 Tercer simulacro 27/06/2023
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	71.4%	7 MOE/ 5 AUDITORIAS Si se realizan en conjunto con comité de auditorías clínicas y morbimortalidad
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	25 %	Lista de asistencia. 2 casos de Ateneo
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 han recibido capacitaciones
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	0%	No se ha realizado
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	0%	No se ha realizado

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	0%	No se ha realizado
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 *100	Libro de reporte de actividades académicas	Jefe de Obstetricia y coordinador de micro red	50%	Temas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Infección de vías urinarias en el embarazo ✓ Vaginosis ✓ Protocolo nacer con cariño
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	50%	Si se realiza uno por mes

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	93%	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	0.8 %	Se brindaron 4 atenciones 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	50%	10 expedientes clínicos monitoreados por mes, (Reflejado en los estándares de calidad que se realizan de forma mensual)

1.4. 6 *	Incrementar la atención por alto riesgo reproductivo (ARR)	20%	usuarias atendidas	SIMMOW	Jefe de Obstetricia y cabeza de micro red	0 %	No se han realizado atenciones de alto riesgo reproductivo
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	0%	No se han tenido casos de recién nacidos con depresión respiratoria
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%	A nivel nacional están capacitando a los instructores, por lo que no se han recertificados. Pendiente de programar cursos)
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%	El hospital no cuenta con personal capacitado, para realizar la recertificación.

2.1.4	Auditar todos los casos de recién nacidos asfixia.	100%	auditorias realizadas	Reportes de auditorias	Jefe de pediatría	0%	No se han tenido casos de recién nacidos con asfixia
2.1.5	Realizar simulacros de reanimación	6	(simulacros realizados/programados) *100	Reporte de simulacros	Jefe de pediatría	17%	Primer simulacro 24/03/2023
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	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

	de maduración pulmonar fetal.						
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.	0%	Comité de Morbimortalidad Infantil auditorias de los expedientes clínicos de muertes infantiles, no hemos tenido casos 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.	100%	1 por cada mes
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	50%	Si se realiza 1 vez al mes
2.3.5	Dar seguimiento a MIGRAS	100%	Seguimientos realizados	Libro de seguimiento de casos	Jefe de pediatría.	0%	Se realiza el seguimiento de casos vía telefónica con hospitales de referencia, sin embargo no se registra en libro de seguimiento de casos.
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	75%	Se dieron 3 charlas al personal del Hospital Nueva Guadalupe Viernes 17/02/2023 Dislipidemias Jueves 27/04/2023 Tabaquismo Jueves 18/05/2023 Hipertensión arterial crónica

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	96%	Enero a junio cerramos con un promedio de 96%
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	Al momento 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	33.3%	ENERO - HTA FEBRERO - DM TIPO II MAYO - HTA JUNIO - HTA
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	Informe de oficina por el	Director	90%	10 quejas solventadas y 1 no resuelta Se cumplió al 90%

			reclamos recibidos) *100	derecho a la salud			
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	90 %	Se debe completar el 100% de las quejas
4.1. 3	Revisión y análisis de buzón de sugerencias	12	Numero de revisiones y análisis de buzón de sugerencias	Informe de oficina	Director	50%	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/Encuest as programadas) *100	Reporte de encuestas	Coordinadora de O.D.S.	50%	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	75%	23/03/2023 Razón de genero 29/06/2023 Roles de genero

							05/06/2023 Nueva masculinidad y retos en la atención en salud de la mujer 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 2023 de Comité de Fármaco vigilancia elaborado.	1	Plan de trabajo elaborado	Plan de trabajo elaborado	Comité de Fármaco vigilancia. Asesor médico de suministros	1	Elaborado y entregado

5.1. 2	Evaluación mensual de ejecución de plan de trabajo 2023	12	(Actividades del plan 2023 desarrolladas / actividades del plan 2023 programadas) *100	Informes de evaluaciones	Comité de Fármaco vigilancia. Asesor médico de suministros	50%	Actividades mensuales programadas de las cuales se han realizado cada mes (6 actividades) Ver actas para más información.
5.1. 3	Monitoreo y supervisión periódica a las diferentes áreas de atención de pacientes, verificando el eficiente uso de medicamentos e insumos.	12	(Monitoreos y supervisiones realizadas/ total monitoreos y supervisiones programadas)*100	Informe de monitoreo y supervisiones.	Comité de Fármaco vigilancia. Asesor médico de suministros	0	No se realiza
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	Por entregar
-----------	---	---	-------------------------	----------------------	--	---	--------------

INDICADORES HOSPITALARIOS ENERO- JUNIO, HNNG 2023

INDICADORES DE EMERGENCIA HNNG 2023								
	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Promedio
Razón de consulta emergencia / consulta externa	0.1 – 0.2	2.42	2.42	2.61	3.89	3.16	3.01	2.9

La relación entre consulta de emergencia y consulta externa de acuerdo a los indicadores del primer semestre es mucho mayor que el estándar dado que se incrementa la consulta por la demanda insatisfecha del primer nivel de atención que acude al área de emergencia a partir de las tres de la tarde y fines de semana, siendo estos mayormente consulta de triage verde , la población acude de manera espontánea por cuadros que no ameritan atención de emergencia hospitalaria en

estos horarios así como también contribuye la falta de ampliación de horarios del primer nivel de atención de la red y la credibilidad que aún tiene la población de que los servicios que prestan los hospitales están más de acorde a sus expectativas, por lo que en el primer semestre nuestro promedio es de 2.9 sobrepasando el estándar, obteniendo un rojo,

Plan de mejora:

- ✓ Recalcar el apoyo en las reuniones de la RIIS tocando puntos importantes y específicos con personal médico y de enfermería, brindando consultar sin establecer horarios de atención
- ✓ Brindar charlas de orientación a pacientes sobre cuando consultar a Unidades de salud u hospital de manera oportuna
- ✓ Socializando indicadores hospitalarios a la RIIS, para facilitar la comunicación y así poder mejorar en conjunto algunos de los indicadores hospitalarios

INDICADORES CONSULTA EXTERNA HNNG 2023								
	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Promedio
Concentración entre consultas médicas realizadas subsecuentes y consultas médicas especializadas de primera vez	2.0 - 4.0	1.0	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8
Promedio diario de consulta médica por consultorio de consulta externa	21- 28	11	11	12	8	11	12	10.8

Al evaluar la concentración entre consulta médica especializada subsecuente y de primera vez nos encontramos debajo del estándar ya que en promedio en el primer semestre obtuvimos un indicador promedio de 0.8, es decir que la población asiste a una primera consulta, pero se ausenta para sus consultas de control, por factores de tiempo, factores económicos, población adulta mayor que no está al cuidado de sus familiares

El promedio diario de consultas médicas por consultorio de consulta externa en promedio es de un 10.8 cuando nuestro estándar nos pide un promedio de 21 a 28 pacientes vistos por consultorio al día, quedando muy por debajo del estándar además contamos con 1 recurso de medicina general que 8 horas completas en la consulta externa, cirugía general tuvo un cambio de jefatura por lo que el recurso tiene 6 horas laborales, de estas se menciona que debe priorizar el servicio de cirugía hospitalizados por lo que al finalizar sus labores ,se presenta a consulta, además se cuenta con pediatra con 3 horas y 30 minutos para atención de paciente, en área de obstetricia contamos con un recurso en consulta externa que labora 4 horas y otro recurso medico posee 6 horas para atención de pacientes obstétricas y ginecológicas.

- ✓ Plan de mejora: Mantener estrecha comunicación con la RIIS, para que puedan realizar un buen triage y poder referir al área hospitalaria pacientes que si ameritan.
- ✓ Se hace énfasis para orientar a la población, que existen patologías con triage verde que pueden ser atendidos en Unidades de salud para evitar el mayor número de consultas posterior a las 3 de la tarde, cuando solo quedan 3 médicos de turno.

PEDIATRIA HNGG 2023

	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de citas para consulta medica pediátrica 1° vez (30 días o menos)	Tiempo de espera ingreso Sobresale 2h Aceptable 3h	Giro De Cama (7-13)	% Ocupación (85)	Promedio Días Estancia (2 – 4)	Índice Sustitución Cama (0 – 1)
Enero	19	1:35:00	6	50%	2.9	2.7
Febrero	15	1:59:00	7	65%	2.9	1.6
Marzo	16	0:37:00	7	65%	3.0	1.7
Abril	26	02:12:00	7	67%	2.9	1.5
Mayo	18	0:46:00	8	80%	3	0.7
Junio	14	01:44:00	9	87%	2.8	0.4
Promedio	18	01:28:50	7.3	69%	2.9	1.4

➤ PEDIATRIA

En el área de pediatría con respecto al tiempo de espera entre solicitud y asignación de una cita para consulta médica de primera vez obtuvimos un promedio semestral de 18 días con respecto al estándar , por lo que estamos cumpliendo correctamente con el indicador, cabe mencionar que contamos con un recurso asignado en área de consulta externa durante 4 horas para brindar la consulta diaria ,con respecto al tiempo de espera de ingreso para un paciente se refiere al tiempo en horas que transcurre desde que se indica el ingreso hasta el momento que se traslada el paciente y se asigna una cama en el servicio obtuvimos un promedio de 01:28:50 horas cumpliendo con el estándar que se indica, dentro de lo aceptable.

Con respecto al giro de cama de pediatría se obtuvo un promedio 7.3 egresos potenciales cumpliendo con el estándar , mientras que el porcentaje de ocupación alcanzo un 69% de su capacidad instalada , por lo que no logramos cumplir con el estándar requerido del 85%, es decir que no se está utilizando totalmente su capacidad , con respecto al promedio días estancia con un estándar de 2 a 4 , obteniendo como promedio semestral de 2.9 días, teniendo en cuenta que hay patologías no tan complejas que no requieren mayores días de ingreso y consecutivamente un índice de sustitución de cama de con un estándar de 0 a 1 obteniendo un 1.4 como promedio semestral.

Plan de mejora:

- ✓ Mantener oferta de servicios para Pediatra para poder brindar atención de calidad
- ✓ Cabe mencionar que la demanda de consulta de pediatría ha aumentado, por lo que se deben implementar en el primer nivel campañas de prevención sobre enfermedades gastrointestinales y respiratorias.

GINECOLOGIA HNNH 2023

	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de citas para consulta medica ginecología 1° vez (30 días o menos)	Tiempo de espera ingreso Sobresale 2h Aceptable 3h	Giro De Cama (13)	% Ocupación (85)	Promedio Días Estancia (2)	Índice Sustitución Cama (0 – 1)
Enero	30	1:20:00	3	28%	3	7.4
Febrero	18	2:57:00	3	27%	3	6.8
Marzo	19	0:49:00	4	67%	5	2.6
Abril	32	0:54:00	2	15%	3	13.2
Mayo	32	0:50:00	2	17%	3	12.8
Junio	23	1:23:00	2	25%	3	10.0
Promedio	25.7	1:22:10	2.7	29.8%	3.3	8.8

➤ GINECOLOGIA

En el área de Ginecología con respecto al tiempo de espera entre solicitud y asignación de una cita para consulta médica de primera vez obtuvimos un promedio semestral de 25.7 días, comparado al estándar de 30 días o menos, hemos alcanzado la meta nos mantenemos en el estándar, el tiempo de espera de ingreso para un paciente se refiere al tiempo en horas que transcurre desde que se indica el ingreso hasta el momento de asignación de una cama en el servicio correspondiente, es decir como promedio se obtuvo un total de 01:22:00 segundos manteniéndonos en verde en el estándar de sobresale de 2 horas

Con respecto al giro de cama de ginecología se obtuvo un promedio de 2.7 egresos potenciales quedándonos por debajo del estándar de 13, mientras que el porcentaje de ocupación alcanzo un 29.8 % muy por debajo de la capacidad instalada.

Con respecto al promedio días estancia tenemos un estándar de 2 obteniendo como promedio semestral de 3.3 sobrepasando el estándar, esto puede deberse a diversos motivos ya que hay pacientes a quienes se les ha realizado procedimiento ginecológico pero padecen de otras comorbilidades por lo que el tiempo de estancia se prolonga, consecutivamente un índice de sustitución de cama con un estándar de 0 a 1 obteniendo un promedio semestral de 1.4 en promedio es decir que ha mejorado en comparación con el primer trimestre, tomando en cuenta que pacientes con diagnostico de aborto ahora son ingresadas al área de obstetricia disminuyendo el numero de pacientes en el área de ginecología.

OBSTETRICIA, HNNG 2023

	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de citas para consulta medica obstétrica 1° vez (5 días o menos)	Tiempo de espera ingreso Sobresale 2h Aceptable 3h	Giro De Cama (13 - 26)	% Ocupación (85)	Promedio Días Estancia (1 - 2)	Índice Sustitución Cama (0 - 1)
Enero	12	1:20:00	5	40%	2.4	3.7
Febrero	8	02:57:00	5	39%	2.4	3.6
Marzo	11	0:49:00	6	53%	2.4	2.3
Abril	13	0:54:00	6	48%	2.4	2.7
Mayo	14	0:50:00	6	48%	2.7	2.9
Junio	12	01:23:00	6	59%	3.1	2.3
Promedio	11.7	01:22:10	5.7	47.8%	2.6	2.9

➤ OBSTETRICIA

En el área de Obstetricia con respecto al tiempo de espera entre solicitud y asignación de una cita para consulta médica de primera vez obtuvimos un promedio semestral de 11.7 días , sobrepasando el estándar de 5 días , mencionar que hubo un cambio de recurso en el área de consulta externa con asignación de 6 horas y otro recurso con 4 horas diarias exceptuando 1 día que corresponde a su día quirúrgico , el tiempo de espera de ingreso para una paciente se refiere al tiempo en horas que transcurre desde que se indica el ingreso hasta el momento de asignación de una cama en el servicio correspondiente , es decir como promedio se obtuvo un total de 01:22 :10 segundos manteniéndonos en el estándar de sobresale de 2 horas

Con respecto al giro de cama de obstetricia se obtuvo un promedio de 5.7 egresos potenciales por cama, quedándonos por debajo del estándar de 13 a 26, un numero bajo de egreso mientras que el porcentaje de ocupación alcanzo un 47.8% % no cubre el estándar del 85%, es decir que no se está utilizando totalmente la capacidad del servicio debido a la falta de recurso especialista que puede derivar si un paciente ingresa o es dado de alta.

Con respecto al promedio días estancia tenemos un estándar de 1 a 2 obteniendo como promedio semestral de 2.9 sobrepasando el estándar, consecutivamente un índice de sustitución de cama de con un estándar de 0 a 1 obteniendo un promedio semestral de 2.9 días en promedio es decir que ese es el tiempo en que la cama es ocupada por un nuevo paciente.

MEDICINA INTERNA, HNNG 2023

	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de citas para consulta medicina interna 1° vez (30 días o menos)	Tiempo de espera ingreso Sobresale 2h Aceptable 3h	Giro De Cama (3 - 4)	% Ocupación (85)	Promedio Días Estancia (6 - 8)	Índice Sustitución Cama (0 - 1)
Enero	21	2:11:00	7.3	66%	2.9	1.5
Febrero	18	02:56:00	6.4	64%	3.1	1.7
Marzo	20	0:39:00	6.6	61%	2.9	1.8
Abril	41	0:36:00	7.3	78%	3.2	0.9
Mayo	40	1:23:00	7.5	69%	2.9	1.3
Junio	54	1:16:00	7.9	71%	2.8	1.1
Promedio	32.3	01:30:10	7.2	68.1%	3	1.3

➤ **MEDICINA INTERNA**

En medicina interna el tiempo de espera para asignación de cita de primera vez con un promedio de espera de 32.3 días, el tiempo de espera de ingreso es de 1:30:10 el giro de cama es mayor que lo esperado con un promedio de 7.2 debido a la demanda de la especialidad por patologías como desequilibrios hidroelectrolíticos, infecciones de vías urinarias, etc. Se alcanzo un porcentaje ocupacional de un 68.1%, 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 1.3 casi 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.

CIRUGIA HNNG, 2023

	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de citas para consulta de cirugía de 1° vez (30 días o menos)	Tiempo de espera ingreso Sobresale 2h Aceptable 3h	Giro De Cama (4 - 7)	% Ocupación (85)	Promedio o Días Estancia (4 - 7)	Índice Sustitución Cama (0 – 1)
Enero	18	1:05:00	4.6	47%	3.3	3.6
Febrero	17	02:08:00	3.6	44%	3.4	4.9
Marzo	15	00:42:00	7.8	74%	2.8	1.0
Abril	32	01:26:00	6.1	90%	4.4	0.5
Mayo	35	01:52:00	7.7	82%	3.4	0.7
Junio	42	01:38:00	7.3	77%	3.5	1.0
Promedio	26.5	01:28:00	6.1	69%	3.5	1.6

➤ CIRUGIA GENERAL

Con respecto al tiempo de espera para asignación de una cita de consulta de primera vez, con un promedio semestral de 26.5 día cumpliendo con el estándar de menos de 30 días, el tiempo de espera para ingreso obtuvo un promedio de 01:28:00 horas, cumpliendo con el estándar, De manera general el giro de cama promedio semestral fue de 6.1, cumpliendo con el estándar establecido. El porcentaje de ocupación tiene un promedio de 69% de su capacidad instalada quedando por debajo de la capacidad del servicio el promedio de días estancia en general fue de 3.1, quedando muy cerca del estándar, Mientras que el índice de sustitución es de 3.5, por lo que existen patologías que no ameritan tiempos prolongados de estancia, con un índice de sustitución de cama de 1.6

COVID-19				
	Giro De Cama hospitalización (3-4)	% Ocupación de hospitalización (85)	Promedio Días Estancia en hospitalización (6 – 8)	Índice Sustitución de Cama en hospitalización (0 – 1)
Enero	0.0	0%	0	0
Febrero	0.0	0%	0	0
Marzo	0.0	0%	0	0
Abril	0.0	0%	0	0
Mayo	0.0	0%	0	0
Junio	0.0	0%	0	0
Promedio	0.0	0%	0	0

➤ **COVID- 19**

Promedio semestral de 0 casos, durante los meses de enero a junio no se registraron caso

INDICADORES DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA HNNG, 2023.

	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Promedio
Porcentaje de cirugías realizadas	(mayor 60%)	72%	73%	67%	62%	69%	70%	68.8%
Porcentaje de cirugías mayores electivas	(60%)	40%	29%	52%	27%	39%	33%	37%
Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias	-	17 %	44%	40%	29 %	50%	41%	36.8
Promedio diario de cirugías mayores electivas por quirófano	(4)	1.7	1.4	2.3	1	1.4	1.4	1.5
Promedio diario de cirugías mayores de emergencia por quirófano	-	1.7	2.3	1.6	1.8	1.5	1.9	1.8
Porcentaje de cirugías mayores suspendidas	(5%)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Índice de cesáreas	(10 – 15)	36.4	35.4	22.4	33.8	34.5	39.3	33.6
Porcentaje de cesáreas de primera vez	-	23%	15%	8%	22%	21%	30%	19.8 %
Porcentaje de quirófanos funcionando	(100%)	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%
Días de espera en promedio para cirugía general electiva	(60)	30	24	25	20	20	20	23.1

- **CIRUGIAS MAYORES REALIZADAS**

El porcentaje de cirugía mayores realizadas durante el primer semestre obtuvo un promedio de 68.8%, quedando con un porcentaje mayor a lo requerido.

- **CIRUGIAS MAYORES ELECTIVAS**

De forma general se alcanzó un 37.3 %, muy por debajo del estándar que es 60 % Hay que considerar las incapacidades de los recursos, misiones oficiales, además durante la época de pandemia Covid -19 se suspendieron una diversidad de cirugías electivas, produciendo una mora quirúrgica, esta ya fue saldada, por lo que las cirugías que se están realizando son las que van emergiendo.

- **CIRUGIAS MAYORES ELECTIVAS AMBULATORIAS**

De forma semestral se alcanzó un 36.8%, no hay un estándar para poder medirlo, pero siempre se prefiere un resultado mayor del 50%.

- **EL PROMEDIO DIARIO DE CIRUGÍAS MAYORES ELECTIVAS POR QUIRÓFANO**

Durante el primer semestre se obtuvo un promedio de 1.5 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.

- **EL PROMEDIO DIARIO DE CIRUGÍAS MAYORES DE EMERGENCIA POR QUIRÓFANO**

En general fue de 1.8, tomando en cuenta que este no tiene estándar de comparación

Es importante recalcar que el hospital no cuenta con cirujanos de turno por la noche. Por lo tanto, las únicas cirugías de emergencia que se realizan son en horario de 7 am a 3 pm los días martes y jueves para cirugía general y las cirugías de emergencia que se realizan entre 7 a 3 pm de lunes a viernes.

- **EL PORCENTAJE DE CIRUGÍAS MAYORES ELECTIVAS SUSPENDIDAS**

De modo general fue de 0%. No se suspendió ninguna cirugía en el periodo de enero a junio, por causa hospitalaria.

- **CESAREAS**

De forma general durante el primer semestre el índice de cesáreas alcanzó 33,6 quedando arriba de lo establecido con respecto al índice de cesárea a nivel nacional que tiene un rango de 10 a 15, cabe mencionar que la Jefe de Obstetricia, lleva un registro en el que se plasman los datos individualizados de pacientes y su justificación del porque el proceso quirúrgico, este libro es supervisado por médico ginecóloga- obstetra de La Ley Nacer con Cariño quien hasta el momento no ha dejado observaciones de las cesáreas realizadas. El porcentaje de cesáreas por primera vez en promedio obtuvo un 19.8%.

Tenemos el compromiso de disminuir estos indicadores a lo más mínimo posible, se siguen dando educación continua, resolución de casos por medio de los comités institucionales.

- **QUIROFANOS.**

De forma general el porcentaje de quirófanos funcionando llego a un 67% ya que, de 3 quirófanos disponibles, solo 2 están funcionando de manera regular, ya que el tercero no cuenta con el equipamiento necesario para funcionar regularmente.

- **DIAS DE ESPERA EN PROMEDIO PARA CIRUGIA GENERAL ELECTIVA**

En el primer semestre se obtuvo un promedio de 23.1 días de espera para cirugía electiva. Quedando dentro del estándar de 60 días.

INDICADOR DE ABASTECIMIENTO								
	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Promedio
Abastecimiento de medicamentos en el hospital	(80%)	98.2%	97.3%	95.8%	95.1%	92.1%	96.8%	95.9%

➤ **INDICADOR DE ABASTECIMIENTO**

El porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital durante todo el primer semestre obtuvo un promedio de 95.9 %, sobrepasando el estándar del 80% , 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.

INDICADOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE								
	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Promedio
Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria	-	0.0	0.30	1.03	0.44	0.24	0.70	0.45
Porcentaje de infecciones del sitio quirúrgico	(3 – 7.5)	0.0%	0.0%	4.3%	1.43 %	1.8%	4.9%	2.07%

➤ **INDICADOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria de modo general en el primer semestre se obtuvo un promedio de 0.45 este no tiene un estándar de comparación. Es nuestra meta seguir disminuyendo estos resultados mientras que el porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico en el mismo periodo alcanzó un 2.07 %, con el compromiso de realizar medidas preventivas para disminuir los casos de infecciones del sitio quirúrgico, dando orientación a pacientes ya sea por médicos y enfermeras sobre la importancia de realizar curaciones diarias de herida operatoria en el centro de salud más cercano, guardar

reposo, la importancia de brindar la información sobre signos y síntomas de peligro y cuando consultar. 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.

INDICADOR FINANCIERO								
	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Promedio
Porcentaje de ejecución presupuestaria	95%	97.15%	99.77%	99.22%	99.8%	98.48%	99.22%	98.9%

➤ **INDICADOR FINANCIERO**

El porcentaje de ejecución presupuestaria de modo general en el primer semestre obtuvo un promedio de 98.9 % quedando arriba del estándar, por lo que se esta trabajando de manera optima para poder aprovechar al máximo los recursos financieros siempre en servicio de los pacientes.

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS								
	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Tasa
Tasa de mortalidad bruta	-	0.0	0.0	0.5	0.3	1.5	0.5	0.6
Tasa neta de mortalidad	-	0.0	0.0	0.3	0.0	0.5	0.0	0.1
Razón de mortalidad materna	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tasa de mortalidad infantil	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tasa de mortalidad fetal tardía	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tasa de mortalidad neonatal	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tasa de mortalidad infantil post neonatal	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tasa de recién nacidos bajo peso	-	60.6	78.1	52.6	29.9	51.7	32.3	50.8
Tasa de recién nacidos muy bajo peso	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

➤ INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS

La tasa de mortalidad bruta en el mes de marzo obtuvimos una tasa de 0.6 que se traduce en 14 muertes hasta el mes de junio, mientras que la tasa neta de mortalidad alcanzo un 0.1% es decir 4 fallecidos. 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 un especialista a la hora de la intervención y también existen algunos casos en que la familia no acepta referencia para recibir la atención necesaria.

La razón de mortalidad materna fue de 0%, lo cual nos obliga seguir manteniendo nuestro compromiso 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 obtuvieron un promedio de 0% 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 0%. 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.

Con respecto a la tasa de recién nacidos de bajo peso obtuvimos un indicador de 50.8 esto se traduce en 20 niños nacidos con un peso menor a 2,500 gr. Entre los meses de enero a junio, con respecto a la tasa de recién nacidos de muy bajo peso no hubo ningún registro.

INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS, HNNG 2023								
	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Tasa
Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte	-	0.0	0.0	8.3	0.0	0.0	0.0	2.8
Tasa de mortalidad por traumatismos	-	0.0	0.0	3.6	0.0	0.0	0.0	0.9
Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tasa de letalidad por neumonía	-	0.0	0.0	0.0	0.0	7.7	0.0	2.2
Tasa de letalidad por COVID-19 (Sospechoso , Confirmado)		0	0	0	0	0	0	0
Tasa de letalidad por diarrea	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tasa de letalidad por IRC	-	8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8
Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos	-	5.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0

➤ INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS

Con respecto a la tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte obtuvimos una tasa de 2.8 que se traduce en 1 muerte en el periodo comprendido de enero a junio, con respecto a la tasa de mortalidad por traumatismo con una tasa de 0.9 el equivalente a 1 fallecido, con respecto a la tasa de mortalidad asociada a lesiones autoinflingidas intencionalmente no hubo datos.

Con respecto a la tasa de mortalidad por neumonia hubieron 3 fallecidos en el periodo de enero a junio quedando con una tasa de 2.2, con respecto a Covid- 19 no hubieron fallecidos, respectivamente la tasa de letalidad por enfermedad renal crónica se obtuvo un indicador con una tasa de 1.8 que se traduce en una muerte, tasa de letalidad de diabetes mellitus con tasa de 0, con respecto a la tasa de letalidad por transtornos hipertensivos obtuvo una tasa de 1.0, que se traduce en 1 muerte.

**No valoramos la salud hasta que llega la enfermedad
(Thomas Fuller)**

