



HOSPITAL NACIONAL NUEVA GUADALUPE

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

ENERO-JUNIO 2017

RESPONSABLES:

DR. PAUL ALUIS ZAUN CHAVEZ

DIRECTOR HOSPITAL NACIONAL NUEVA GUADALUPE

EQUIPO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

Nueva Guadalupe 17 de Julio del 2017.

ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LA PAO 2017

Resultados PAO Enero-Junio 2017			
Servicios Finales			
Consulta Externa Médica			
General			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Medicina General	2,976	3,317	111%
Especialidades 92.61			
Especialidades Básicas			
Medicina Interna	1,488	1,200	81%
Cirugía General	990	784	79%
Pediatría General	1,980	1,542	78%
Ginecología	1,296	1,471	114%
Obstetricia	2,496	2,209	89%
Total	8250	7206	87.3%
Emergencias			
De Gineco-Obstetricia			
Ginecología	24	44	183%
Obstetricia	300	615	205%
Otras Atenciones Consulta Emergencia			
Emergencia	6,996	13,478	193%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica			
Nutrición	300	370	123%
Consulta Externa Odontológica			
Odontológica de primera vez	492	261	53%
Odontológica subsecuente	990	838	85%

El cumplimiento de las actividades de consulta externa para este año fue del 111% para la consulta general, la demanda supero lo programado que se realizó en menor magnitud respecto a 2016.

La consulta de especialidades en general logro el 87.3% de lo programado, cirugía general, pediatría, medicina interna y obstetricia no lograron la producción esperada según programación, solo obstetricia supero el 100%.

Consideramos que este fenómeno es producto de la separación del primer nivel como el efecto del trabajo del primer nivel de la micro red, que se viene observando en los dos últimos años, pero más marcado en este semestre respecto al mismo periodo del 2016.

En conjunto la consulta general y especialidades logro el 93.73% se están cumpliendo las proyecciones de descentralización con que se programó el año 2017, pero seguiremos observando el comportamiento de la demanda y seguir ofertando cartera de servicios.

Respecto a la consulta de emergencia se superó 100% del total de atenciones programadas entre consulta médico de especialidad y atenciones por médico general y es mayor dado que de tres de la tarde de lunes a viernes y los fines de semana se atiende a todos los usuarios de la red sean o no emergencias dada la política de usuarios satisfechos que se mantiene en la institución aun que se les dan charlas sobre el mejor uso de las unidades de emergencia hospitalarias el fenómeno persiste dado que no se cuenta con unidades de la micro red que amplíen horarios y trabajen nocturnidad.

La consulta odontológica las atenciones subsecuentes lograron el 85% la consulta de primera vez en este año logro el 53% de lo programado, producto de la separación del primer nivel, aunque es necesario que el odontólogo que sigue en la parte hospitalaria incremente su rendimiento con la promoción interna enfocado en las enfermedades crónicas no transmisibles.

Resultados PAO Enero-junio 2017			
Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales			
Egresos Hospitalarios			
Especialidades Básicas			
Cirugía	342	344	101%
Medicina Interna	750	713	95%
Obstetricia	1,248	1,107	89%
Pediatría	846	923	109%
Total	3186	3087	96.89%

Partos			
Partos vaginales	504	377	75%
Partos por Cesáreas	132	118	89%
Cirugía Mayor			
Electivas para Hospitalización	186	183	98%
Electivas Ambulatorias	90	91	101%
De Emergencia para Hospitalización	246	230	93%
De Emergencia Ambulatoria	66	54	82%

En los servicios de hospitalización de forma global se logró el 96.9% de los egresos programados, en el área de partos se logró el 77.8% de partos programados considerando vaginales y cesáreas con menor producción tanto de partos y de cesáreas de las esperadas.

La cirugía electiva en general se logró un 99.3%, cirugía electiva para hospitalización un 98% y la ambulatoria en un 101%, la cirugía de emergencia para hospitalización se logró un 93% y la emergencia ambulatorias un 82%, el rendimiento de cirugía electiva fue de 5.7 cirugías por día quirófano y la cirugía de emergencia de 1.6 por día con un funcionamiento del 66% de los tres quirófanos existentes que esperamos a futuro al contar el recurso humano necesario se incremente aún más la producción quirúrgica siempre en la visión ambulatoria.

Resultados PAO Enero-junio 2017			
Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios			
Diagnostico			
Imagenología			
Radiografías	5,496	5,593	102%
Ultrasonografías	1,200	1,605	134%
Otros Procedimientos Diagnósticos			
Electrocardiogramas	396	335	85%

Tratamiento y Rehabilitación			
Cirugía Menor	420	355	85%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	3,996	3,817	96%
Inhaloterapias	12,996	11,207	86%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	57,498	65,084	113%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	27,996	26,964	96%
Trabajo Social			
Casos Atendidos	1,500	2,083	139%

Respecto a los servicios intermedios se observó que en general la mayoría de las áreas alcanzaron la producción esperada con ligero incremento en algunos rubros.

La producción de electrocardiogramas logro el 88% lo que tiene relación con los estudios en emergencia y hospitalización donde hay subregistro.

La producción de recetas a pesar del desabastecimiento a predominio de medicamento de patología crónica se ha logrado dispensar el 113% de lo programado en la consulta externa y 96% en hospitalización, producto de las gestiones con la red de establecimientos como a las gestiones direccionales locales del buen uso de los medicamentos y las compras locales.

Fisioterapia realizo el 96% de lo programado, dando servicio a la red como a usuarios del ISSS y bienestar magisterial.

Las inhala terapias lograron el 86% de lo programado consideramos que no tuvimos tantos problemas respiratorios agudos como en el 2016 pero si más neumonías a predominio del menor de cinco años y problemas respiratorios crónicos en adultos.

Resultados PAO Enero-Junio 2017			
Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios			
Diagnostico			
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre			
Hematología			
Consulta Externa	1,746	1,914	110%

Hospitalización	7,716	6,009	78%
Emergencia	4,500	4,922	109%
Referido / Otros	1,350	1,707	126%
Inmunología			
Consulta Externa	498	481	97%
Hospitalización	2,496	1,777	71%
Emergencia	798	665	83%
Referido / Otros	234	356	152%
Bacteriología			
Consulta Externa	174	98	56%
Hospitalización	114	181	159%
Emergencia	48	64	133%
Referido / Otros	150	144	96%
Parasitología			
Consulta Externa	498	375	75%
Hospitalización	498	606	122%
Emergencia	696	637	92%
Referido / Otros	96	137	143%
Bioquímica			
Consulta Externa	6,996	6,611	94%
Hospitalización	12,498	11,415	91%
Emergencia	9,000	10,383	115%
Referido / Otros	3,996	9,645	241%
Banco de Sangre			
Consulta Externa	798	552	69%
Hospitalización	2,700	1,894	70%
Emergencia	348	452	130%
Referido / Otros	300	189	63%
Urianálisis			
Consulta Externa	1,068	745	70%
Hospitalización	2,496	2,043	82%
Emergencia	3,246	3,122	96%

Referido / Otros	552	735	133%
Total exámenes en general	65,610	67,859	103%

En cuanto el servicio de laboratorio ha presentado disminución en la utilización en sus actividades en especial los servicios que se realizan a unidades de salud, aunque globalmente se realizó el 100% de lo programado, estamos pendientes que se realice plan de control de calidad del servicio por jefatura que se ejecute en el 2017 para mejorar la confianza y disminuir repetición de estudios que se aducen debidos a problemas de los equipos automatizados.

Resultados PAO Enero-Junio 2017			
Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales			
Alimentación y Dietas			
Hospitalización			
Medicina	1,842	1,713	93%
Cirugía	948	1,182	125%
Obstetricia	3,858	3,484	90%
Pediatría	2,496	2,216	89%
Lavandería			
Hospitalización			
Medicina	8,928	7,391	83%
Cirugía	7,254	7,396	102%
Obstetricia	16,524	15,844	96%
Pediatría	11,412	9,409	82%
Consulta			
Consulta Médica General	264	558	211%
Consulta Médica Especializada	2,484	2,491	100%
Emergencias			

Emergencias	2,268	3,035	134%
Mantenimiento Preventivo			
Números de Orden	948	893	94%
Transporte			
Kilómetros Recorridos	54,996	51,516	94%

La utilización de servicios generales alimentación cumple de forma global con mayor producción que lo programación, al igual el servicio de lavandería aun que estamos conscientes de la necesidad de mejorar los controles de dotación de ropa hospitalaria para abastecer mejor a los servicios, mantenimiento también supero su producción preventiva como resultado del plan de supervisión implementado y transporte no sobrepaso el kilometraje programado dado la menor producción de atenciones que ameritaron una referencia o interconsultas comparado con el año 2016.

INDICADORES DE GESTION HOSPITALARIA ENERO-JUNIO 2017

	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	INDICADOR	ESTÁNDAR
INDICADORES DE EMERGENCIA						
1	Razón de consultas de emergencia / consulta externa	Total de consulta atendida en la Unidad de Emergencia / Total de consulta externa	SIMMOW	SIMMOW	1.21	0.1 - 0.2
2	2.1 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Pediatría (horas)	Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Pediatría	Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad)		1:36:00	Sobresale: 2 hrs. Acceptable: hasta 3 hrs.
	2.2 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Ginecología (horas)	Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Ginecología	Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad)		1:26:00	Sobresale: 2 hrs. Acceptable: hasta 3 hrs.
	2.3 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Obstetricia (horas)	Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Obstetricia	Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad)		1:26:00	Sobresale: 2 hrs. Acceptable: hasta 3 hrs.
	2.4 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Medicina Interna(horas)	Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Medicina Interna	Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad)		2:30:00	Sobresale: 2 hrs. Acceptable: hasta 3 hrs.

2.5 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Cirugía General (horas)	Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Cirugía General	Estándar 25 (Instrumento de Mejora Continua de la Calidad)	2:48:00	Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs.
--	---	--	---------	--

Consulta de emergencia

Al no haber superado la capacidad potencial de producción el área de consulta externa, la relación entre consulta de emergencia y consulta externa es mucho mayor que el estándar dado que la demanda se incrementa por la demanda insatisfecha del primer nivel de atención que acude al área de emergencia a partir de las tres en adelante y fines de semana, cómo por la cultura de la población de hacer mal uso de los servicios de salud al acudir de manera espontánea por cuadros que no ameritan atención de emergencia en estos horario, como también contribuye la falta de ampliación de horarios del primer nivel de atención y la credibilidad que aún tiene la población que los servicios que prestan los hospitales están más de acorde a sus expectativas.

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 todas las especialidades están dentro del estándar, pero aun consideramos es un proceso de atención que hay que trabajar y mejorar ya que se ve afectado por la demanda de atención, la capacidad instalada del recurso humano como por la actitud propia de estos.

	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	INDICADOR	ESTÁNDAR
INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA						
3	Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médica especializada de primera vez.	Total de consultas medicas especializada subsecuentes / Total de consultas médicas especializada de primera vez	SIMMOW		1.7	2.0 – 4.0
4	Promedio diario de consultas médica por consultorio de consulta externa	(N°. de consultas externas realizadas en un periodo determinado / Total de consultorios que se encuentran funcionando) / Total de días hábiles del periodo analizado	SIMMOW	Local	19	21 - 28
5	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIAP/SPME		9	30 días o menos
6	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Ginecología de primera vez (días)	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIAP/SPME		17	30 días o menos
7	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Obstétrica de primera vez (días)	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIAP/SPME		3	5 días o menos

8	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Medicina Interna de primera vez (días)	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIAP/SPME	16	30 días o menos
9	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Cirugía de primera vez (días)	Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados	SIAP/SPME	9	30 días o menos

Consulta médica especializada:

Al evaluar el tiempo promedio de espera para ser atendido por primera vez en las cinco especialidades en todas hemos logrado bajar el tiempo por debajo de lo programado, estamos haciendo el máximo esfuerzo por resolver la cita de primera vez en el menor tiempo posible y se está fortaleciendo la cita vía telefónica para mejor confort de los usuarios en coordinación con la micro red.

La producción en global de la consulta ha sido menor a lo programado en las especialidades y por lo tanto está bajo de acuerdo al estándar de rendimiento de los consultorios asignados a este rubro.

	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	INDICADOR	ESTÁNDAR
INDICADORES ODONTOLÓGICOS						
47	Porcentaje de pacientes de la consulta Odontológica con enfermedades sistémicas	Total de pacientes con enfermedades sistémicas con atención odontológica de primera vez / Total de pacientes de primera vez de la consulta odontológica X 100	SIMMOW	SIMMOW	7%	

No hay un estándar de comparación en el rubro odontológico de atención de enfermedades crónicas por primera vez pero se está mejorando a medida se avanza en la evaluación mensual.

	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	INDICADOR	ESTÁNDAR
INDICADORES DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA						
34	Porcentaje de cirugías mayores realizadas	Total de cirugías mayores realizadas / Total de Cirugías realizadas (mayores + menores) X 100	SIMMOW	SIMMOW	62%	>60%
35	Porcentaje de cirugías mayores electivas	No. de cirugías mayores electivas / Total de cirugías mayores realizadas X 100	SIMMOW	SIMMOW	48%	60%
36	Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias	No. de cirugías mayores electivas ambulatorias realizadas en un periodo determinado / Total de cirugías mayores electivas realizadas en el mismo período X 100	SIMMOW	SIMMOW	33%	

37	Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano	(No. de Cirugías mayores Electivas realizadas en un periodo de tiempo determinado / No. De Quirófanos electivos funcionado) / Total de días del período definido.(Días Laborales)	SIMMOW	Local	5.7	4
38	Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano	(No. de Cirugías mayores de Emergencia realizadas en un periodo de tiempo determinado / No. De Quirófanos de emergencia funcionado) / Total de días del período definido.(Días Calendario)	SIMMOW	Local	1.6	
39	Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas	No. de cirugías mayores electivas suspendidas / número de cirugías mayores electivas programadas X 100	SIMMOW	SIMMOW	0%	5%
40	Tasa de cesáreas	No. de cesáreas / Total de partos X 100	SIMMOW	SIMMOW	23.5	10 - 15
41	Porcentaje de cesáreas de primera vez	No. de cesáreas de primera vez / Total de partos X 100	SIMMOW	SIMMOW	12%	
42	Porcentaje de quirófanos funcionando	No. de quirófanos funcionando / Total de quirófanos existentes X 100	Local	Local	67%	100%
43	Tiempo promedio (días) de espera para Cirugía General electiva	Sumatoria de días de espera por paciente para Cirugía General electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para Cirugía General electiva.	Libro de Citas Medicas/SIAP/SPME		21.61	60

Cirugía Mayor:

Respecto a la cirugía electiva se mantiene la disminución del promedio de días de espera para realizarse una cirugía de 60 días a 21.62 días promedio, hemos trabajado en la disminución de la cirugía suspendida que para el semestre se tuvo un 0% por abajo del 5% esperado. Al finalizar el periodo evaluado no se tienen cirugías atrasadas ya que cuando un paciente no se presenta se localiza a los que están en la fecha más próxima y se cubren los cupos, estamos conscientes que para lograr el 60% esperado de cirugía mayor y superar el 60% de la cirugía mayor electiva tenemos que hacer más promoción y fortalecer al primer nivel en la detección de casos que ameriten un procedimiento quirúrgico para referencia oportuna ya que también como en la consulta se ha tenido disminución en la producción quirúrgica.

Cesáreas:

Respecto al porcentaje de cesáreas realizadas a la fecha de 23.5% ocho puntos y medio arriba de la meta con incremento en las cesáreas de primera vez, aunque estamos por abajo de los quince porcientos con un 12 %es mayor que el año 2016 y se le ha solicitado a jefe de servicio mantener la evaluación de las cusas de indicación. La cesárea subsecuente representa el 11.5. % del total, siendo cuidadosos de no afectar al bebe por lograr disminuir estos indicadores.

	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	INDICADOR	ESTÁNDAR
INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE						
48	Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos	No. pacientes con infección asociada en la atención sanitaria / Total de egresos X 100	SPME	SPME	0.52	
49	Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico	(No. pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que se evidencie una infección en el sitio quirúrgico / Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente) X 100	Instrumentos de registro de comité IAAS		1.5%	3 - 7.5

Infecciones Nosocomiales:

Las infecciones nosocomiales alcanzaron un porcentaje general del 0.52% y las infecciones del sitio quirúrgico 1.5% debajo de lo esperado según estándar a predominio del servicio de ginecoobstetricia, por lo que se mantiene el reto de disminuir al mínimo el riesgo.

Pacientes recibidos de otras instituciones			
Número total de pacientes recibidos para atención de Consulta Médica Especializada	1,400	1418	101%
Número total de pacientes recibidos para la atención del Parto	128	92	72%
Número total de pacientes recibidos para Hospitalización No Quirúrgica	315	338	107%
Número total de pacientes recibidos para la realización de procedimientos quirúrgicos	82.5	49	59%
Número total de pacientes recibidos de otras Instituciones	1,926	1904	99%

Pacientes recibidos de otras instituciones:

El número de pacientes recibidos de otras instituciones alcanzo el 99% de lo programado global y en especial el 100% en los rubros de las referencias recibidas para la consulta especializada y para hospitalización no quirúrgica. En la mayoría de los casos se han considerado pertinentes y necesarias, pero se tiene que realizar un análisis más crítico que sirva de retroalimentación tanto al primer nivel como a nosotros como hospital básico.

Pacientes referidos a otras instituciones			
Número total de pacientes referidos para atención de Consulta Médica Especializada	400	287	72%
Número total de pacientes referidos para la atención del Parto a niveles superiores	125	108	86%
Número total de pacientes referidos para Hospitalización No Quirúrgica	200	286	143%
Número total de pacientes referidos para la realización de procedimientos quirúrgicos	200	227	114%

Número total de pacientes referidos a otras Instituciones	925	908	98%
---	-----	-----	-----

Pacientes referidos a otras instituciones:

El número de pacientes referidos hacia otras instituciones logro el 98% de lo programado de manera global, la referencia para hospitalización no quirúrgica y para procedimientos quirúrgicos sobrepasaron el 100% que podría ser la causa de la baja de la cirugía en general.

	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	INDICADOR	ESTÁNDAR
INDICADORES DE ABASTECIMIENTO						
45	Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.	No. de medicamentos del cuadro básico en existencia en el hospital / Total de medicamentos del cuadro básicos X 100	Kárdex de medicamento (Farmacia y Almacenes)		94.5%	80%

Abastecimiento de Medicamentos:

El nivel de abastecimiento del mes fue del 94.5% contra un 80% programado resultado de la gestión local tanto con transferencias recibidas de la red hospitalaria como de las compras realizadas por la dirección, en especial los medicamentos para patología crónica ambulatoria fueron los de mayor déficit .

	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	INDICADOR	ESTÁNDAR
INDICADORES DE HOSPITALIZACION						
10	Giro Cama Pediatría	Total de egresos de especialidad de pediatría / No. de camas censables asignadas a Pediatría	SPME		9	7 - 13
11	Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría	(Días camas ocupados en Pediatría / Días camas disponibles en pediatría) X 100	SPME		81%	85%
12	Promedio de días estancias Pediatría	Días estancia de los pacientes egresados de Pediatría en un período determinado / egresos de Pediatría en el mismo período	SPME		2.7	2 - 4
13	Índice de sustitución de cama en Pediatría	(Días cama disponible - Días cama ocupado en pediatría) / Ingresos en Pediatría	SPME		0.6	0 - 1
22	Giro Cama Obstetricia	Total de egresos de especialidad de Obstetricia / No. de camas censables asignadas a Obstetricia	SPME		9.66	13 - 26
23	Porcentaje de ocupación del Servicio de Obstetricia	(Días camas ocupados en Obstetricia / Días camas disponibles en obstetricia) X 100	SPME		99%	85%
24	Promedio de días estancias Obstetricia	Días estancia de los pacientes egresados de Obstetricia en un período determinado / egresos de Obstetricia en el mismo período	SPME		3.1	1 - 2

25	Índice de sustitución de cama en Obstetricia	(Días cama disponible - Días cama ocupado en obstetricia) / Ingresos en Obstetricia	SPME	0.0	0 - 1
26	Giro Cama Medicina Interna	Total de egresos de especialidad de Medicina Interna / No. de camas censables asignadas a Medicina Interna	SPME	7.43	3-4
27	Porcentaje de ocupación del Servicio de Medicina Interna	(Días camas ocupados en Medicina Interna / Días camas disponibles en medicina interna) X 100	SPME	69%	85%
28	Promedio de días estancias Medicina Interna	Días estancia de los pacientes egresados de Medicina Interna en un período determinado / egresos de Medicina Interna en el mismo período	SPME	2.8	6-8
29	Índice de sustitución de cama en Medicina Interna	(Días cama disponible - Días cama ocupado en medicina interna) / Ingresos en Medicina Interna	SPME	1.2	0 - 1
30	Giro Cama Cirugía General	Total de egresos de especialidad de Cirugía / No. de camas censables asignadas a Cirugía	SPME	7.16	4-7
31	Porcentaje de ocupación del Servicio de Cirugía General	(Días camas ocupados en Cirugía / Días camas disponibles en cirugía) X 100	SPME	88%	85%
32	Promedio de días estancias Cirugía General	Días estancia de los pacientes egresados de Cirugía en un período determinado / egresos de Cirugía en el mismo período	SPME	3.7	4 - 7
33	Índice de sustitución de cama en Cirugía General	(Días cama disponible - Días cama ocupado en cirugía) / Ingresos en Cirugía	SPME	0.5	0 - 1

Medicina interna hospitalización:

El índice ocupacional es de 69 % para el semestre, respecto a la programación de la PAO los egresos realizados representan al 95%. El promedio de estancia es de 2.8 menor al estándar de programación lo que afecta el porcentaje de ocupación.

El intervalo de sustitución es positivo mayor a uno fuera del estándar, cada cama fue ocupada por siete pacientes. Dado la disminución de los promedios de estancia es necesario evaluar si hay reingresos que puedan hacer cuestionar la calidad de la atención.

Cirugía hospitalización:

El índice ocupacional de Cirugía es de 88%, El promedio de estancia es de 3.7 de 4 esperados. En cuanto a producción de egresos en base a lo programado en la PAO se ha realizado un 101%, el índice de ocupación está afectado por la disminución del promedio de estancia.

El intervalo de sustitución es positivo cercano a cero las camas fueron ocupadas en su capacidad con un índice de rotación de 7.16 mayor a lo esperado, consideramos administrativamente estable en su eficiencia, pero al igual hay que darle seguimiento a la calidad técnica y al trato humano.

Pediatría hospitalización:

El índice ocupacional es de 81%, la producción de egresos fue de 109% respecto a lo programado. El promedio de estancia realizado fue de 2.7 dentro del estándar.

Los intervalos de sustitución son valores cercanos a cero, con un índice de rotación de 9 de 7 potenciales consideramos administrativamente con eficiencia estable, ha tenido un aumento en los egresos con menor promedio de estancia programado.

Gineco-Obstetricia hospitalización:

Tiene un índice ocupacional del 99%, ha realizado un 89% de los egresos programados. El promedio de estancia realizado fue de 3,1 ligeramente mayores al estándar de programación.

El Índice de sustitución es cero y el índice de rotación es de 9.66 de 13 esperados, se ha tenido menor producción de egresos que se ha venido observando desde el 2016 con un promedio de estancia ligeramente mayor al programado lo que afecta negativamente el índice de ocupación, aun así, el servicio se considera eficiente y estable en su funcionamiento.

	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	INDICADOR	ESTÁNDAR
INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS						Meta Nacional 2017
51	Tasa bruta de mortalidad	No. Total de muertes en un período determinado / Egresos del mismo período X 100	SIMMOW	SIMMOW	0.8	
52	Tasa neta de mortalidad	No. de muertes ocurridas después de 48 horas de ingreso en un período determinado / Total de egresos del mismo período X 100	SIMMOW	SIMMOW	0.3	
53	Razón de mortalidad materna	No. de muertes maternas de un período / Nacidos vivos del período X 100,000	SIMMOW	SIMMOW	0.0	37.3
54	Tasa de mortalidad infantil	No. de muertes en niños menores de 1 año en un período / Total de nacidos vivos del período X 1,000	SIMMOW	SIMMOW	0.0	8.5
55	Tasa de mortalidad fetal tardía	No. de muertes fetales (37 semanas de gestación hasta antes de nacer) de un período determinado / Total de nacidos de ese período X 1,000	SIMMOW	SIMMOW	10.2	
56	Tasa de mortalidad neonatal	Defunciones niños menores de 28 días de un período determinado / Total de recién nacidos vivos del período X 1,000	SIMMOW	SIMMOW	0.0	5.5
57	Tasas de mortalidad infantil post neonatal	Defunciones en niños de 28 a 364 días de edad de un período / Total de nacidos vivos del período X 1,000	SIMMOW	SIMMOW	0.0	
58	Tasa recién nacidos de bajo peso.	Recién nacidos vivos con peso menor de 2.500 grs. de un período / N° recién nacidos vivos del período X 1,000	SIMMOW	SIMMOW	51.2	8.1
59	Tasa recién nacidos de muy bajo peso.	Recién nacidos vivos con peso menor de 1.500 grs. de un período / N° recién nacidos vivos del período X 1,000	SIMMOW	SIMMOW	0.0	

60	Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte	No. de muertes asociadas a accidentes de transportes en un periodo determinado / Total de egresos por accidentes de transporte del mismo periodo X 100	SIMMOW	SIMMOW	7.1	
61	Tasa de mortalidad por traumatismos	No. de muertes asociadas a traumatismos en un periodo determinado / Total de egresos por traumatismos del mismo periodo X 100	SIMMOW	SIMMOW	1.0	
62	Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente	No. de muertes asociadas a lesiones auto infligidas intencionalmente / Total de egresos por la misma causa y en el mismo periodo X 100	SIMMOW	SIMMOW	5.9	
63	Tasa de letalidad por neumonía	Total de pacientes que fallecieron producto de una neumonía en un periodo determinado / Egresos por Neumonía en el mismo periodo X 100	SIMMOW	SIMMOW	0.7	<1.5
64	Tasa de letalidad por diarrea	Total de pacientes que fallecieron producto de una diarrea en un periodo determinado / Total de egresos por Diarrea en el mismo periodo X 100	SIMMOW	SIMMOW	0.0	<0.5
65	Tasa de letalidad por IRC	Total de pacientes que fallecieron producto de una Insuficiencia Renal Crónica en un periodo determinado / Total de egresos por IRC en el mismo periodo X 100	SIMMOW	SIMMOW	2.4	
66	Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus	Total de pacientes que fallecieron producto de una Diabetes Mellitus en un periodo determinado / Total de egresos por DM en el mismo periodo X 100	SIMMOW	SIMMOW	0.0	
67	Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos	Total de pacientes que fallecieron producto de una Trastornos Hipertensivos en un periodo determinado / Total de egresos por HTA en el mismo periodo X 100	SIMMOW	SIMMOW	1.6	

Mortalidad hospitalaria

La tasa bruta de mortalidad hospitalaria para el año es de 0.8% , con diagnósticos relacionados a patología crónica como diabetes, hipertensión y insuficiencia renal patología cardiaca, traumas, lesiones autoinfligidas lo que supone un reto ya que hay debilidades tanto externo dado que se consulta en muchas ocasiones demasiado tarde y interno en realizar un buen manejo de la fase crítica de los usuarios especialmente en turnos nocturnos y fines de semana que solo atienden en los hospitales de segundo nivel los médicos generales lo que hemos mencionado en análisis anteriores, la tasa neta de mortalidad fue de 0.3.

La mortalidad infantil y neonatal fue de cero, la tasa de mortalidad neonatal tardía fue de 10.2 por los mortinatos extrahospitalarios recibidos en este semestre, respecto a los recién nacidos de bajo peso la tasa es de 51.2 por mil y los de peso de muy bajo peso cero por mil lo que se presenta en reunión de micro red como un reto a superar, fomentando la consejería pre gestación, la planificación familiar para evitar embarazos no deseados y periodos intergenésicos cortos, la alimentación adecuada durante el embarazo y control prenatal completo y de calidad.

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

Respecto a las enfermedades crónicas la tasa de letalidad por IRC fue de 2.4%, Diabetes mellitus 0% y por hipertensión 1.6% aun que estos casos no se deben a patología específica ya que se consideran las muertes con diagnósticos primarios y secundarios que no siempre la patología de base es la causa de la defunción.

En cuanto a neumonías la tasa de letalidad fue de 0.7% por casos de adultos en la infancia no se presentaron defunciones, en diarreas no hay defunciones, si en lesiones auto infligidas y traumatismos que son pocos los eventos adversos sucedidos.

	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	INDICADOR	ESTÁNDAR
INDICADOR FINANCIERO						
50	Porcentaje de ejecución presupuestaria	$\frac{\text{Presupuesto ejecutado}}{\text{Presupuesto programado}} \times 100$	SAFI	SAFI	100.0%	95%

La ejecución presupuestaria fue al 100% se cumplió con los plazos y las necesidades institucionales.

Como hospital en general se logró un índice de ocupación del 84.6% % el promedio de estancia se mantiene dentro de lo esperado con un promedio de 3 días por egreso, se han atendido el 96% de los egresos programados.

En general consideramos no hay ociosidad del recurso médico y del recurso cama, se ha optimizando el uso de los insumos médicos, medicamentos y servicios de apoyo y dando seguimiento al comportamiento de los ingresos con el reto de que ingresen al que lo necesita y le apostáremos con todas las jefaturas a incrementar la ambulatoriedad, aun que estamos conscientes de la necesidad seguir fortaleciendo el trabajo en equipo con el primer nivel para optimizar el seguimiento que conlleve al mejor trato al usuario y por ende a un buen resultado terapéutico.

Programación de Actividades de Gestión

No.	HOSPITAL: Nacional Nueva Guadalupe	Meta anual	Indicador	Meta anual	
				Programado	Realizado
1	Objetivo: Contribuir a disminuir la morbimortalidad 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	21%	N° de cesáreas realizadas/Total de partos atendidos*100	21%	23.5%
1.1.2	Disminuir el índice de cesárea de primera vez al menos en un 2 % del total de partos en relación al año previo	10%	N° de cesáreas realizadas 1°vez/Total de partos atendidos*100	10%	12%
1.1.3	Atención de partos por personal medico	100%	Partos atendidos por médicos/total de partos atendidos*100	100%	100%
1.1.4	Llenado e interpretación correcta del partograma	100%	Partogramas llenados correctamente/Total de Partogramas llenados*100	100%	100%
1.1.5	Monitoreo de cumplimiento de guías clínicas obstétricas y calidad de control prenatal	12	Monitoreo realizado/monitoreo programado	6	6
1.2	Resultado esperado: Atención adecuada de complicaciones obstétricas				
1.2.1	Capacitación a personal médico y enfermería en detección de riesgos obstétricos tanto hospital como unidades de la micro red.	8 temas	Temas impartidos	8	8
1.2.2	Evaluación de cumplimiento de simulacros Código rojo	12 Evaluaciones	Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas	6	13
1.2.3	Evaluación de cumplimiento de simulacros Código amarillo	12 Evaluaciones	Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas	6	1
1.2.4	Realizar auditoria de morbilidades obstétricas extremas	100%	Auditorías realizadas/total de MOE que se presenten	3	0
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	10 temas	Temas impartidos/temas programados	5	5
1.3.2	Mejorar Habilidades Obstétricas del personal médico y de enfermería	10	Cursos de habilidades recibidos	5	No programa la región
1.3.3	Monitoreo de cumplimiento de la calidad del contenido del expediente clínico hospitalización.	12	Monitoreo realizado/monitoreo programado	6	6
1.3.4	Evaluación del cumplimiento de guía de atención de IVU en el embarazo paciente hospitalizada.	12	Monitoreo realizado/monitoreo programado	6	6
1.3.5	Evaluación del cumplimiento de guía de atención de IVU en el embarazo paciente de consulta externa.	12	Monitoreo realizado/monitoreo programado	6	6
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	6	3
1.4.2	Análisis de referencias obstétricas recibidas de las UCSF	12	Análisis realizados/programados	6	6
1.4.3	Asegurar un método de planificación familiar desde la inscripción prenatal a toda mujer al finalizar su embarazo con énfasis en las de riesgo obstétrico.	5%	Total de púerperas con un método de planificación familiar/Total de partos atendidos.*100	5%	22%

1.4.4	Incrementarla atención preconcepcional	20	usuarias atendidas	10	4
1.4.5	Monitoreo de cumplimiento de la calidad de control prenatal	12	Monitoreo realizado/monitoreo programado	6	6
1.4.6	Incrementarla atención por alto riesgo reproductivo (ARR)	20	usuarias atendidas	10	18

Respecto al objetivo uno Contribuir a disminuir la morbilidad materno mediante una atención eficaz oportuna y de calidad, hemos cumplido casi en su totalidad con las acciones programadas quedando en deuda con la disminución de las cesáreas tanto de primera vez como subsecuente reto de los obstetras en realizar una buena indicación de la cesárea como también del seguimiento adecuado de las indicaciones de inducción o conducción del parto que no conduzca a la decisión de indicarla por sufrimiento fetal, como también depende de la cantidad de cesárea subsecuente que recibamos.

Tenemos también que darle cumplimiento al código amarillo en simulacros y código rojo ya que la mayoría son casos reales que han puesto de manifiesto el buen proceder dado que se han solventado sin mayores repercusiones que cuesten una vida.

	HOSPITAL: Nacional Nueva Guadalupe	Meta anual	Indicador	Meta anual	
				Programado	Realizado
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 asfixia atendidos según guías de atención	100%	N° recién nacidos asfixiados atendidos según guías /N° de recién nacidos asfixiados.*100	0	No casos
2.1.2	Recertificación en NALS a personal médico que atiende partos que este pendiente.	100%	Personal certificado	11	11 entre primera vez y recertificado
2.1.3	Recertificación en ESTABLE a personal médico que atiende partos que este pendiente.	100%	personal certificado	4	4 entre primera vez y recertificado
2.1.4	Auditar todos los casos de recién nacidos asfixiados	100%	auditorias realizados	-	No casos
2.1.5	Realizar simulacros de reanimación	12	simulacros realizados/programados	6	6

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	100%	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	100%	100%
2.2.3	Evaluar el cumplimiento de la guía de atención al prematuro	12	Evaluaciones realizadas	6	6
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%	100%
2.3.2	Evaluar que la atención pediátrica se haga cumpliendo la normativa	12	Evaluaciones realizadas	6	6
2.3.3	Monitorear la aplicación del Triage pediátrico(CETEP)	24	Monitoreo realizados	12	12
2.3.4	Análisis de referencias pediátricas recibidas de las UCSF	12	Análisis mensual	6	6
2.3.5	Dar seguimiento a migras	100%	Seguimientos realizados	100%	100%

Respecto a este objetivo queda pendiente el informe de personal recertificado tanto en NALS y ESTABLE pero los resultados infantiles con el seguimiento de las morbilidades infantiles graves referidas todas se recuperaron a satisfacción.

	HOSPITAL: Nacional Nueva Guadalupe	Meta anual	Indicador	Meta anual	
				Programado	Realizado
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 con alta letalidad (intoxicaciones, cardiopatías, Diabetes Mellitus, etc.) hospital y micro red.	4 temas	Temas impartidos	4	4
3.1.2	Garantizar la existencia de medicamentos e insumos básicos esenciales para el tratamiento hospitalario.	100%	Abastecimiento de medicamentos en áreas críticas de atención	100%	100%
3.1.3	Evaluar el cumplimiento de compromisos de unidad de gestión clínica renal	12	12	6	0
3.1.4	Evaluación del cumplimiento de guía de atención de diabetes y hipertensión.	12	Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas	6	0

Con este objetivo quedamos pendientes con la evaluación del seguimiento de compromisos de la unidad de gestión renal y la evaluación de las guías de atención de diabetes y hipertensión arterial.

	HOSPITAL: Nacional Nueva Guadalupe	Meta anual	Indicador	Meta anual	
				Programado	Realizado
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%	100%
4.1.2	Quejas justificadas a las que se le dio respuesta	100%	% de resolución de quejas	100%	100%
4.1.3	Revisión y análisis de buzón de sugerencias	12	Numero de revisiones y análisis de buzón de sugerencias	6	6
4.1.4	Encuestas rápidas de satisfacción de usuarios internos y externos.	12	Encuestas realizadas/Encuestas programadas	6	1
4.2	Participación intersectorial para prevención de la violencia.				
4.2.1	Comité de violencia funcionando	1	Comité conformado	1	1
4.2.2	Capacitar en trato de genero al personal de hospital	4	Capacitaciones	2	1
4.2.3	Informar de casos de violencia detectados a las instancias correspondientes en coordinación con jurídico institucional	100%	Casos detectados	100%	100%

En este objetivo cumplimos con lo programado, quedamos pendientes con las encuestas para evaluar satisfacción de usuarios internos y externos.

	HOSPITAL: Nacional Nueva Guadalupe	Meta anual	Indicador	Meta anual	
				Programado	Realizado
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 2017 de Comité de Fármaco vigilancia elaborado.	1	Plan de trabajo 2017 elaborado	1	1
5.1.2	Evaluación mensual de ejecución de plan de trabajo 2017.	100%	(Actividades del plan 2017 desarrolladas / actividades del plan 2017 programadas)*100	100%	100%

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 del total programadas	6	6
5.1.4	Presentación oportuna de necesidades para compra conjunta de medicamentos e insumos al Nivel Superior.	1	# de documentos presentados del total programado	1	En proceso
5.1.5	Informe anual de cumplimiento de plan del comité Farmacoterapeutico.	1	Informe de cumplimiento	1	Fin de año

En este objetivo se cumplió con tener un abastecimiento aceptable para la población la deuda está en la evaluación y seguimiento del plan de trabajo del comité a presentar a final de año.

	HOSPITAL: Nacional Nueva Guadalupe	Meta anual	Indicador	Meta anual	
				Programado	Realizado
6	Objetivo: Trabajar en armonía con el medio ambiente evitando la contaminación interna y de la comunidad.				
6.1	Resultado esperando: Lograr que como institución los desechos que generamos no contaminen el medio ambiente tanto interno como la de la comunidad.				
6.1.1	Inspección manejo de desechos bioinfecciosos.	12	Informe de cumplimiento	6	10
6.1.2	Inspección tratamiento desechos bioinfecciosos.	4	Informe de cumplimiento	2	1
6.1.3	Inspección manejo de sustancia químicas peligrosas.	12	Informe de cumplimiento	6	10
6.1.4	Inspección almacenamiento de sustancias químicas peligrosas.	4	Informe de cumplimiento	1	1
6.1.5	Inspección almacenamiento de desechos químicos peligrosos.	4	Informe de cumplimiento	2	0
6.1.6	Inspección fuentes generadoras de vapor	3	Informe de cumplimiento	1	1
6.1.7	Análisis de las emisiones de gases de caldera.	1	Informe de cumplimiento	1	1
6.1.8	Análisis de las aguas residuales en el ultimo poso de hospital.	1	Informe de cumplimiento	1	1
6.1.9	Análisis in situ para medir To, PH, sólidos sedimentados y caudales de las aguas residuales.	1	Informe de cumplimiento	1	No hay planta de tratamiento
6.1.10	Análisis de detergentes y fosforo total de aguas residuales.	1	Informe de cumplimiento	1	1
6.1.11	Análisis de las aguas especiales del fijador de plata.	1	Informe de cumplimiento	1	1
6.1.12	Inspección de la limpieza en los servicios hospitalarios.	12	Informe de cumplimiento	6	10
6.1.13	Fumigación intrahospitalaria.	11	Informe de cumplimiento	6	7
6.1.14	Chequeo entomológico institucional.	12	Informe de cumplimiento	6	7

6.1.15	Supervisión al programa de reciclaje.	8	Informe de cumplimiento	4	1
6.1.16	Inspección al sistema de abastecimiento de agua del hospital.	12	Informe de cumplimiento	6	6
6.1.17	Toma de muestras de agua para análisis bacteriológico.	24	Informe de cumplimiento	12	12
6.1.18	Toma de muestras de agua para análisis físico químico.	4	Informe de cumplimiento	2	2
6.1.19	Toma de muestras de agua para análisis de trazas de metales.	4	Informe de cumplimiento	2	2
6.1.20	Toma de muestras de agua para análisis en pozos y puntos de uso.	4	Informe de cumplimiento	2	2
6.1.21	Inspección manipulación de alimentos en el departamento de alimentación.	3	Informe de cumplimiento	1	1
6.1.22	Estudio de iluminación, ruido y estrés.	1	Informe de cumplimiento	1	1

Con este objetivo se está cumpliendo con lo programado algunas actividades se complementarán en el segundo trimestre, la unidad ambiental da seguimiento y evaluación mensual de las actividades junto a comité ambiental.

