



**EVALUACION ANUAL DE POA  
HOSPITAL NACIONAL NUEVA GUADALUPE  
ENERO-DICIEMBRE  
2023**

**Dra. Maritza Marisol Sura de Guevara  
DIRECTORA**

**Dra. Rocío Elizabeth Parada Pérez  
PLANIFICACION**

**EQUIPO DE GESTIÓN HOSPITALARIA, Nueva Guadalupe, enero  
2024.**

# **INDICE**

**1. PRODUCCION HOSPITALARIA**

**2. INDICADORES DE GESTION**

**3. INDICADORES HOSPITALARIOS**

**4. EVALUACION PAO UNIDAD AMBIENTAL**

Actividades	Total		
	prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Servicios Finales</b>			
<b>Consulta Externa Médica</b>			
<b>General</b>			
Medicina General	6,120	2,666	44%
<b>Especialidades</b>			
<b>Especialidades Básicas</b>			
Medicina Interna	3,264	2,035	62%
Cirugía General	2,856	1,405	49%
Pediatría General	2,448	1,746	71%
Ginecología	3,264	1,820	56%
Obstetricia	4,243	2,781	66%
<b>Emergencias</b>			
<b>De Medicina Interna</b>			
Medicina Interna	0	3	ND
<b>De Cirugía</b>			
Cirugía General	1,200	1,548	129%
<b>De Pediatría</b>			
Pediatría Gral.	3,000	3,756	125%
<b>De Gineco-Obstetricia</b>			
Ginecología	252	388	154%
Obstetricia	2,748	1,988	72%
<b>Otras Atenciones Consulta Emergencia</b>			
Emergencia/Consulta General	21,144	31,043	147%
<b>Otras Atenciones Consulta Externa Médica</b>			
Nutrición	816	571	70%
Planificación Familiar	492	304	62%
Psicología	1,020	1,275	125%
<b>Consulta Externa Odontológica</b>			
Odontológica de primera vez	204	329	161%
Odontológica subsecuente	918	200	22%
Cirugía Oral	0	2	ND

## ❖ CONSULTA EXTERNA

Con respecto a la producción de medicina General, se logró el 44% de lo programado, esto también influenciado por olvido de cita por parte de pacientes y mencionar a la vez que algunos de ellos prefieren solo solicitar recetas repetitivas, 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 unidades de salud cercanas a lugar de residencia.

Más detalladamente, medicina interna alcanzó un 62% de lo programático, tomando en cuenta ciertos factores que influyen y disminuyen la afluencia de pacientes como por ejemplo; misiones oficiales e incapacidades del recurso cabe mencionar que el médico internista especialista como recurso único, además mencionamos los periodos vacacionales de semana santa y fiestas agostinas por lo que la consulta se detuvo durante 7 días hábiles y fiestas navideñas trabajando hasta el viernes 22 de diciembre.

En la especialidad de cirugía general se alcanzó 49 % 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 los tiempos de consulta se reducen por lo que se tomó a bien para el año 2024 programar un cirujano para consulta los días miércoles y poder cubrir esta consulta.

En cuanto a la especialidad de pediatría se alcanzó un 71% de lo programático, observando un aumento significativo en de consultas esto relacionado con el auge de enfermedades respiratorias y gastrointestinales. En la especialidad de ginecología se contempla un 56 % el número de consultas de esta especialidad han disminuido significativamente y obstetricia se queda con un 66%.

## ❖ EMERGENCIA

Cabe mencionar que en el área de medicina interna no contamos con un especialista fijo para cubrir 8 horas en el área de emergencia por lo que no hay datos programados sin embargo obtuvimos 3 consultas de medicina interna, con respecto a cirugía general se alcanzó un 129% 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 151%, medicina general con un porcentaje con un 144%, le sigue pediatría 124%, se da cobertura obstétrica en el área de emergencia, alcanzando un 71%.

## ❖ OTRAS ATENCIONES CONSULTA EXTERNA MEDICA

En los servicios de apoyo como nutrición se cumplió un 70% de la meta, planificación familiar obtuvo un 62% y psicología superando lo programado con un 125%, mencionando que en los últimos meses del año aumento la consulta en adolescentes.

**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 dato 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 158%, mientras que la consulta subsecuente se queda con un mínimo de 22%, 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 estuvieron brindando consultas odontológicas, fue hasta el 01 de septiembre que se contrató un recurso para dar seguimiento a las atenciones odontológicas.

## ACTIVIDADES HOSPITALIZACION (ENERO- DIC. HNN, 2023)

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Servicios Finales</b>			
<b>Egresos Hospitalarios</b>			
<b>Especialidades Básicas</b>			
Cirugía	784	681	87%
Ginecología	391	115	29%
Medicina Interna	1,700	1,595	94%
Obstetricia	2,009	1,251	62%
Pediatría	1,381	1,270	92%
<b>Otros Egresos</b>			
Bienestar Magisterial	44	71	161%
Emergencia	0	18	ND
<b>Partos</b>			
Partos vaginales	810	494	61%
Partos por Cesáreas	190	227	119%
<b>Cirugía Mayor</b>			
Electivas para Hospitalización	336	216	64%
Electivas Ambulatorias	144	127	88%
De Emergencia para Hospitalización	450	509	113%
De Emergencia Ambulatoria	50	64	128%
<b>Medicina Critica</b>			
<b>Unidad de Emergencia</b>			
Admisiones	0	100	ND
Transferencias	0	29	ND

### ❖ HOSPITALIZACION

En los servicios de hospitalización el servicio de cirugía general alcanzo una mayor producción de egresos hospitalarios con un 87% de lo programático mencionando que los últimos meses hubo un aumento en los indicadores en el porcentaje de ocupación, consecutivamente pediatría obtuvo un 92% cabe mencionar que en los meses de julio y agosto hubo aumento significativo de los ingresos por

enfermedades respiratorias y gastrointestinales ,seguido de medicina interna con un 94%,que durante algunos meses sobrepaso su porcentaje de ocupación, con más del 85% ,mientras que obstetricia alcanzo un 62% de los egresos hospitalarios seguidamente de ginecología quedándose con el porcentaje más bajo con un 29 %, ambos con disminución en los egresos. Por parte de Bienestar Magisterial sobrepaso lo programático de los egresos con un 161 % ya que durante los primeros meses del año hubo mayor cantidad de pacientes ingresados en BM, mientras que en otros de emergencia se refieren a los pacientes fallecidos por lo que no hay un dato programado, teniendo una cifra total de 18 durante enero a diciembre.

#### ❖ PARTOS

En cuanto a los partos vaginales se alcanzó un 61% , aquí se incluyen también pacientes que no pertenecen a la red pero que desean tener su parto en este hospital , seguidamente partos por cesáreas sobrepasando la meta en un 119%, cabe mencionar que la jefe del departamento de ginecología y obstetricia lleva un registro de cesáreas de primera vez y cesáreas en general 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 128% de lo programático, seguida por cirugía mayor de emergencia a hospitalización con un 113%, consecutivamente las cirugías electivas ambulatorias con un 88% , 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 llevo a un 64%.

Es importante tomar en cuenta las incapacidades de los recursos o misiones oficiales que provoca una disminución de los productos finales además de amenazas externas que nos obligan a suspender cirugías como por ejemplo sismos, cortes de energía eléctrica, o falta de recurso humano.

#### ❖ UNIDAD DE EMERGENCIA

Para los meses de enero a diciembre se obtuvieron 100 admisiones es decir 100 ingresos en observación y 29 transferencias a otros servicios (cirugía, medicina interna). En pediatría y obstetricia no se dejan pacientes para reevaluación.

**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 (ENERO-DIC. HNGG 2023)

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Servicios Intermedios</b>			
<b>Diagnostico</b>			
<b>Imagenología</b>			
Radiografías	8,000	9,873	123%
Ultrasonografías	3,796	3,859	102%
<b>Anatomía Patológica</b>			
Biopsias Cuello Uterino	0	40	ND
Biopsias Mama	0	36	ND
Biopsias Otras partes del cuerpo	0	242	ND
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>			
Electrocardiogramas	4,000	2,740	69%
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>			
Cirugía Menor	650	465	72%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	4,800	7,111	148%
Inhaloterapias	7,600	18,710	246%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	116,000	143,744	124%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	50,000	57,104	114%
<b>Trabajo Social</b>			
Casos Atendidos	6,000	0	0%

### ❖ IMAGENOLOGIA

Respecto a los servicios intermedios, siendo el área de radiografías la de mayor producción del servicio de apoyo diagnostico alcanzando un 123% de lo programado anual siguiendo área de ultrasonografías con un 102%, estas incluyen ultrasonografías obstétricas realizadas por medico obstetra y ultrasonografías en general que se toman en horarios vespertinos.

Con respecto a anatomía patológica, no datos programados, sin embargo, se realizaron 40 biopsias de cuello uterino, 36 biopsias de mama, y 242 biopsias de otras partes del cuerpo, es importante mencionar que no contamos con patólogo por lo que estas muestras se envían a nuestro hospital de referencia en san miguel por lo que ellos dan lectura , con respecto a electrocardiogramas, se alcanzó un 69% de lo programado de enero a septiembre incluyendo electrocardiogramas de emergencia , hospitalización y consulta externa.

En lo que respecta a cirugía menor se alcanzó un 72% de lo programado, mientras que en área de tratamiento y rehabilitación fisioterapia alcanzo un 148% de lo programático, dando servicios también a Bienestar Magisterial, con respecto a Inhaloterapias sobrepasamos la meta con un 246% debido al aumento en algunos meses de las enfermedades respiratorias.

Con respecto a las recetas dispensadas en el área de consulta ambulatoria superamos la meta con un 124% de cumplimiento y recetas dispensadas de hospitalización con un 114%.

**❖ TRABAJO SOCIAL, HNGG 2023.**

<b>Casos atendidos</b>	<b>Programados</b>	<b>Realizados</b>	<b>Cumplimiento</b>
<b>Enero-Diciembre 2023</b>	<b>6,579 (6,000)</b>	<b>6,579</b>	<b>110%</b>

Con respecto a trabajo social, estamos sobrepasando la producción con un 110%, durante los meses de enero a diciembre, sobrepasando la meta programada, es decir que del 100% de los casos nuevos, el 100% de los casos ha sido resuelto.

**ACTIVIDADES HOSPITALARIAS: SERVICIOS INTERMEDIOS, LABORATORIO CLINICO BANCO DE SANGRE (ENERO-DICIEMBRE 2023)**

Consulta Externa	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Servicios Intermedios</b>			
<b>Diagnostico</b>			
<b>Laboratorio Clínico y Banco de Sangre</b>			
<b>Hematología</b>			
Consulta Externa	3,600	4,277	119%
Hospitalización	12,500	9,440	76%
Emergencia	12,200	18,711	153%
Referido / Otros	4,000	4,955	124%
<b>Inmunología</b>			
Consulta Externa	1,000	899	90%
Hospitalización	3,500	2,247	64%
Emergencia	1,500	4,042	269%
Referido / Otros	500	503	101%
<b>Bacteriología</b>			
Consulta Externa	600	929	155%
Hospitalización	1,500	2,662	177%
Emergencia	1,500	2,306	154%
Referido / Otros	300	923	308%
<b>Parasitología</b>			
Consulta Externa	500	346	69%
Hospitalización	600	487	81%
Emergencia	1,200	1,335	111%
Referido / Otros	300	246	82%
<b>Bioquímica</b>			
Consulta Externa	15,000	18,892	126%
Hospitalización	18,000	14,982	83%
Emergencia	30,000	52,552	175%
Referido / Otros	20,000	27,316	137%
<b>Banco de Sangre</b>			
Consulta Externa	807	846	105%
Hospitalización	2,100	1,214	58%
Emergencia	1,286	1,487	116%
Referido / Otros	150	281	187%
<b>Urianálisis</b>			
Consulta Externa	1,600	1,593	100%
Hospitalización	2,200	1,991	91%
Emergencia	6,000	9,445	157%
Referido / Otros	1,100	2,065	188%

- ❖ En general laboratorio clínico en sus diferentes ramas de estudio en su mayor parte sobrepaso su programación quedando con la más baja producción en el área de banco de sangre/ hospitalización con el 58% .
- ❖ El área de inmunología de emergencia es la que mayor producción con un 269%, de lo programático.

## RESULTADOS DE ACUERDO A LAS DIFERENTES AREAS

Pruebas	Programado	Realizado	Porcentaje
Hematología	32,300	37,383	<b>116%</b>
Inmunología	6,500	7,691	<b>118%</b>
Bacteriología	3,900	6,796	<b>174%</b>
Parasitología	2,600	2,414	<b>93%</b>
Bioquímica	83,000	96,712	<b>116%</b>
Banco de sangre	4,343	3,828	<b>88%</b>
Urianálisis	10,900	15,094	<b>138%</b>
<b>Total</b>	<b>143,543</b>	<b>169,918</b>	<b>118%</b>

<b>Servicio</b>	<b>Programado</b>	<b>Realizado</b>	<b>Porcentaje</b>
Consulta Externa	23,107	27,780	127%
Hospitalización	40,400	33,520	83%
Emergencia	53,686	89,867	167%
Referido / Otros	26,350	36,281	138%
<b>Total</b>	<b>143,543</b>	<b>187,448</b>	<b>130%</b>

Observamos que bacteriología obtiene la mayor producción con un 174%, mientras que banco de sangre es el que obtiene menor producción con un 88%, por lo que se realizaron 2 campañas de donación de sangre a lo largo del año, para poder tener en existencia para pacientes que lo ameriten, de igual manera siempre se solicitan donantes de sangre para estar abastecidos, sino se hacen los trámites necesarios para dar siempre el servicio al paciente que lo necesita.

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 167 %, el menor porcentaje alcanzado corresponde a hospitalización un 83%, 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 127 % seguido de exámenes referidos con un 138%.

**MONITOREO DE SERVICIOS GENERALES, HNNG 2023  
(ENERO-DICIEMBRE 2023)**

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Servicios Generales</b>			
<b>Alimentación y Dietas</b>			
<b>Hospitalización</b>			
Medicina	5,389	4,414	82%
Cirugía	2,815	2,202	78%
Ginecología	579	326	56%
Obstetricia	7,413	3,878	52%
Pediatría	2,872	3,305	115%
Neonatología	0	0	ND
Psiquiatría	0	0	ND
Otros (Convenios)	86	80	93%
<b>Lavandería</b>			
<b>Hospitalización</b>			
Medicina	22,032	12,296	56%
Cirugía	14,402	11,996	83%
Ginecología	3,761	4,257	113%
Obstetricia	22,199	13,536	61%
Pediatría	12,305	10,189	83%
Neonatología	0	0	ND
Psiquiatría	0	0	ND
Otros (Convenios)	1,464	218	15%
<b>Consulta</b>			
Consulta Médica General	1,958	934	48%
Consulta Médica Especializada	4,657	2,618	56%
<b>Emergencias</b>			
Emergencias	11,904	12,787	107%
<b>Mantenimiento Preventivo</b>			
Números de Orden	3,000	2,684	89%
<b>Transporte</b>			
Kilómetros Recorridos	150,000	151,546	101%

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 115% ya que se entregan dietas a paciente y familiar que acompaña la estancia.

Seguidamente de otros convenios con el 93% este incluye bienestar magisterial continua medicina interna con 82%, cirugía con un 78%, seguidamente obstetricia y ginecología sucesivamente con 52% y 56%.

En general lavandería obtiene su mayor producción en el área de ginecología con un 113% de lo programático, quedando con menor producción medicina interna con un 56%, consulta médica general se queda con un 48% área de emergencia se supera lo programado con un 107% ya que aquí el cambio de ropa de camillas es más frecuente por la afluencia de pacientes.

En mantenimiento preventivo se alcanzó solamente un 89% de lo programático además cabe mencionar que el área de mantenimiento también ha colaborado durante todo el año en la construcción del nuevo almacén mientras que en transporte se obtuvo un 101% de lo programado , tomando en cuenta que la razón de consulta de emergencia a aumentado significativamente por lo tanto también han aumentado las referencias a nuestro Hospital de referencia HNSJDDSM e inclusive referencias a Hospital Bloom, Hospital de la Mujer y Hospital Rosales, Hospital El Salvador lo que incrementa el kilometraje.

**PACIENTES REFERIDOS A OTRAS INSTITUCIONES,  
(ENERO-DICIEMBRE, HNNG 2023)**

	<b>Programado</b>	<b>Realizado Enero- diciembre</b>
Número total de pacientes enviados para atención de Consulta Médica Especializada	<b>2,000</b>	<b>1,409 (70%)</b>
Número total de pacientes enviadas para la atención del Parto a nivel superior	<b>115</b>	<b>266 (231%)</b>
Número total de pacientes enviados para Hospitalización No Quirúrgica	<b>230</b>	<b>355 (154%)</b>
Número total de pacientes enviados para la realización de procedimientos quirúrgicos	<b>260</b>	<b>672 (258%)</b>
Número total de pacientes enviados de otras instituciones	<b>2,605</b>	<b>2,889 (111%)</b>

**❖ Pacientes referidos a otras instituciones**

De forma general el número de pacientes enviados a otras instituciones con respecto a lo programado es de 2,000 lo en el número total de pacientes enviadas para la atención del Parto a nivel superior se puede observar un total de 1266 pacientes referidas, tomando en cuenta que nos quedan algunos turnos descubiertos de obstetra y en este caso las pacientes con alguna patología son referidas a Hospital de tercer nivel.

Con respecto al número total de pacientes referidos a otras instituciones supera lo programado con un 111%.

**PACIENTES RECIBIDOS DE OTRAS INSTITUCIONES  
(ENERO-DICIEMBRE, HNNG 2023)**

	<b>Programado</b>	<b>Realizado Enero- diciembre 2023</b>
Número total de pacientes recibidos para atención de Consulta Médica Especializada	<b>1700</b>	<b>1,885 (111%)</b>
Número total de pacientes recibidos para la atención del Parto	<b>480</b>	<b>284 (59%)</b>
Número total de pacientes recibidos para Hospitalización No Quirúrgica	<b>246</b>	<b>350 (142%)</b>
Número total de pacientes recibidos para la realización de procedimientos quirúrgicos	<b>309</b>	<b>378 (122%)</b>
Número total de pacientes recibidos de otras instituciones	<b>2735</b>	<b>2,898 (105%)</b>

**❖ Pacientes recibidos de otras instituciones**

De forma general de enero a diciembre el número de pacientes recibidos de otras instituciones sobrepasa 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 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 nuestro hospital, ser puntuales con los motivos de referencia, para realizar un filtro correcto de referencias, en la actualidad ya contamos con medico filtro o médico de enlace que es el encargado de revisar y aprobar las referencias de las diferentes unidades de salud y desviar o redireccionar aquellas que no corresponden para ser enviadas de la manera correcta.

**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 100% ya que se está realizando la evaluación de la poa anual que son las metas alcanzadas durante todo el año 2023.

### ACTIVIDADES DE GESTION, HNNG 2023.

No.	HOSPITAL: Nacional Nueva Guadalupe	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Anual 2023	ANALISIS
1	<b>Objetivo: Contribuir a disminuir la morbilidad materna a través del trabajo en las redes integrales e integradas de servicios de salud.</b>						
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	31.4%	<p>Con respecto al año anterior hemos subido en un 8.1% <b>(2022- 23.3%)</b></p> <p><b>N° cesáreas realizadas 227/total de partos atendidos 722 *100=31.4%</b></p> <p>Jefe de obstetricia lleva una revisión de cesáreas justificando cada caso, sin embargo, no hemos logrado disminuir el 1% requerido anualmente.</p>

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	18%	Sobrepasamos el estándar, obteniendo el año pasado un <b>12.3%</b> en comparación con este año, aumentando en un 5.7%  <b>Cesáreas de primera vez 132/722 (total de partos atendidos) * 100=18.28</b>
1.1. 3	Atención de partos solo por personal medico	100%	(Partos atendidos por médicos/total de partos atendidos) *100	SIP	Jefe de obstetricia	100%	Se cumple al 100%
1.1. 4	Llenado e interpretación correcta del CLAP por personal médico involucrado en la atención del parto.	100%	(Partogramas llenados correctamente/Tot al de Partogramas llenados) *100	Estándar de calidad	Jefe de obstetricia	100%	Se ha cumplido en un 100%, por lo tanto, siempre se hace 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	100%	1 expediente clínico revisado de forma mensual de enero a diciembre  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 como unidades de la micro red.	8 temas	Temas impartidos	Libro de asistencias	Jefe de Obstetricia	100%	<p>Código Rojo 12/01/2023</p> <p>Protocolo para el abordaje de atención preconcepcional, parto y puerperio 03/03/2023</p> <p>Actualización de código, rojo, amarillo y naranja 28/07/2023</p> <p>Códigos obstétricos 01/09/2023</p> <p>Actualización y manejo de infección de vías urinarias en el embarazo 22/09/2023</p> <p>Ateneo: Óbito fetal 03/10/2023</p> <p>Cáncer de cérvix 13/10/2023</p> <p>Ateneo clínico: acretismo placentario 05/12/2023</p>
1.2.2	Evaluación de cumplimiento de simulacros Código rojo	8 evaluaciones	(Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas) *100	Reportes de evaluación	Comité de calidad	63%	<p>Verificar acta para más información</p> <p>Primer simulacro 10/01/2023</p> <p>Segundo simulacro 24/03/2023</p>

							<p>Tercer simulacro 16/05/2023</p> <p>Cuarto simulacro 05/07/2023</p> <p>Quinto simulacro 06/12/2023</p>
1.2.3	Evaluación de cumplimiento de simulacros Código amarillo	4 evaluaciones	(Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas) *100	Reportes de evaluación	Comité de calidad	125%	<p>Verificar acta para más información</p> <p>Primer simulacro 24/01/2023</p> <p>Segundo simulacro 21/04/2023</p> <p>Tercer simulacro 27/06/2023</p> <p>Cuarto simulacro 27/06/2023</p> <p>Quinto simulacro 30/08/2023</p>
1.2.4*	Realizar auditoria de morbilidades obstétricas extremas	100%	(Auditorías realizadas/total de MOE que se presenten) *100	Auditorías realizadas	Jefe de Obstetricia y comité materno perinatal	100%	<p>17 MOE/ 17 AUDITORIAS</p> <p>Si se realizan en conjunto con comité de auditorías clínicas y morbimortalidad</p>

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	113%	<p>Lista de asistencia.</p> <p>2 casos de Ateneo</p> <p>Actualización de código, rojo, amarillo y naranja 28/07/2023</p> <p>Ateneo obstetricia, Embarazo y leucemia linfoblástica 10/08/2023</p> <p>Códigos obstétricos 01/09/2023</p> <p>Actualización y manejo de infección de vías urinarias en el embarazo 22/09/2023</p> <p>Cáncer de cérvix 14/10/2023</p> <p>Cáncer de mama 27/10/2023</p> <p>Ateneo clínico: acretismo placentario 05/12/2023</p>
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	3	<p>Manejo de códigos</p> <p>Rojo, amarillo y naranja (16,17,18 junio 2023)</p>

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	100%	Revisión mensual de un expediente Total de 12 expedientes
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	100%	Revisión mensual de un expediente de hospitalización
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	100%	Revisión mensual de un expediente del área de consulta externa
1.4	<b>Resultado esperado: Mejorar la calidad del control prenatal en la RISS</b>						
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	100%	Temas: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Infección de vías urinarias en el embarazo</li> <li>✓ Vaginosis</li> <li>✓ Protocolo nacer con cariño</li> <li>✓ Actualización de manejo de IVU en el embarazo</li> </ul>

							<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Parto inmaduro</li> <li>✓ Ateneo: óbito fetal</li> </ul>
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	100%	Se realiza mensualmente
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	81%	<p>Se promocionan el DIU, inyectables e implante tanto en el post parto como en post aborto.</p> <p>Total, de puérperas con MAC 583 (ausencia de datos del mes de diciembre, ya que a partir de esta fecha no se digita en SIP sistema informático perinatal)</p>

1.4.4	Incrementar la atención preconcepcional	20%	Usuaris atendidas	SIMMOW	Jefe de Obstetricia y cabeza de micro red	1.4 %	Se brindaron 7 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	100%	1 expediente clínico monitoreado 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	0.2 %	Se realizo 1 atención de alto riesgo reproductivo de enero a diciembre 2023

2 <b>Objetivo: Mejorar la salud de la niñez</b>							
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 de Enero a diciembre 2023
2.1.2	Recertificación en NALS a personal médico que atiende partos.	100% (3 al año)	Personal certificado	Diplomas de aprobación	Jefe de pediatría	33.3%	Se realizó una certificación del NALS de primera vez a personal médico 12/12/2023.
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%	auditorías realizadas	Reportes de auditorías	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	67%	<p>Primer simulacro 24/03/2023</p> <p>Segundo simulacro 05/07/2023</p> <p>Tercer simulacro 07/09/2023</p> <p>Cuarto simulacro 22/09/2023</p>
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	60%	<p>No se ha alcanzado la meta debido a que desde el mes de abril se tuvo ausencia de recurso, incorporándose nuevo recurso a partir del 01 de septiembre -</p> <p><b>60 atenciones odontológicas</b></p>
2.2.2	Asegurar que toda paciente con amenaza de parto prematuro reciba esquema completo de maduración pulmonar fetal.	100%	Pacientes con APP con esquema completo/total de casos de APP	SIP Estándar de calidad	Jefe de pediatría jefe de obstetricia	100%	Abastecimiento de Medicamentos necesarios para el cumplimiento de esquema de maduración pulmonar

2.2.3	Evaluar el cumplimiento de la guía de atención al prematuro	100%	Evaluaciones realizadas	Estándar de calidad	Jefe de pediatría.	100%	Se ha cumplido al 100% Observable en los estándares de calidad
2.3	Resultado esperado: Disminuir las muertes infantiles						
2.3.1	Auditar todos los casos de muertes infantiles	100%	(Auditorías realizadas/total de muertes que se presenten) *100	Auditorías realizadas	Jefe de pediatría.	100%	Comité de Morbimortalidad Infantil auditorias de los expedientes clínicos de muertes infantiles, tuvimos un caso de muerte infantil en todo 2023
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 En la actualidad ACEPTE.
2.3.4	Análisis de referencias pediátricas recibidas de las UCSF	12	Análisis mensual	Reporte de análisis	Comité de referencia y retorno	100%	Se realiza mensualmente

2.3. 5	Dar seguimiento a MIGRAS	100%	Seguimientos realizados	Libro de seguimiento de casos	Jefe de pediatría.	1000%	Se realiza el seguimiento de casos vía telefónica con hospitales de referencia se registra en libro de seguimiento de casos.
3	<b>Objetivo: Reducción de la morbi mortalidad y discapacidad por enfermedades crónicas no transmisibles</b>						
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	175%	Viernes 17/02/2023 Dislipidemias Jueves 27/04/2023 Tabaquismo Jueves 18/05/2023 Hipertensión arterial crónica Jueves 20/07/2023 Salud Mental Jueves 28/09/2023 Diabetes Mellitus tipo II Jueves 26/20/2023 estilos de vida saludables Jueves 21/12/2023 Alimentación saludable

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	96.3%	Enero a diciembre cerramos con un promedio de 96.3%
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	58%	ENERO - HTA FEBRERO - DM TIPO II MAYO - HTA JUNIO - HTA JULIO -DM TIPO II, HTA AGOSTO -DM TIPO II, HTA SEPTIEMBRE- DM TIPO II, HTA OCTUBRE-HTA NOVIEMBRE-DM TIPO II DICIEMBRE -HTA

4	<b>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.</b>						
4.1	Resultado esperado: Fortalecimiento del sistema de captación de quejas, reclamaciones y sugerencias y sus respuestas a la población.						
4.1.1	% de quejas y reclamos investigados	100%	(Quejas y reclamos investigados/Total de quejas y reclamos recibidos) *100	Informe de oficina por el derecho a la salud	Director	100%	20 quejas investigadas Se cumplió al 100%
4.1.2	Quejas justificadas a las que se le dio respuesta	100%	(Quejas justificadas a las que se dio respuesta/total de quejas justificadas) *100	Informe de oficina	Director	95%	19 quejas resueltas 1 no resuelta
4.1.3	Revisión y análisis de buzón de sugerencias	12	Numero de revisiones y análisis de buzón de sugerencias	Informe de oficina	Director	100%	Contamos con el programa INFOCA para quejas y sugerencias para la satisfacción del usuario ODS se reciben quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias.

4.1.4	Encuestas rápidas de satisfacción de usuarios internos y externos.	12	(Encuestas realizadas/Encuestas programadas) *100	Reporte de encuestas	Coordinadora de O.D.S.	100%	Se realiza 1 por mes. Para más información ver documentación
4.2	<b>Participación intersectorial para prevención de la violencia.</b>						
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	200%	<p>07/03/2023 avance y reconocimiento de los derechos de la mujer actualmente</p> <p>23/03/2023 Discriminación por razón de genero</p> <p>29/06/2023 Roles de genero</p> <p>06/06/2023 Nueva masculinidad y retos en la atención en salud de la mujer</p> <p>Socializacion de Caso Manuela Junio/2023.</p> <p>Acoso sexual 24/08/2023</p> <p>Ley para una vida de violencia hacia las mujeres 23/11/2023</p> <p>LIE, LEIV 17/11/2023</p>

							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	<b>Objetivo: Gestionar o adquirir medicamentos antes que se desabastezcan para evitar descompensación e ingresos innecesarios de los usuarios con patología crónica</b>						
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	75%	Actividades mensuales programadas de las cuales se han realizado cada mes, se realizaron 9 reuniones de 12  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	12	Se realiza mensualmente
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 oportunamente

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 (enero 2024)
-----------	---	---	-------------------------	----------------------	---	---	------------------------------

## INDICADORES HOSPITALARIOS ENERO-DICIEMBRE, HNNG 2023

	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Noviembre	Diciembre
Razón de consulta emergencia / consulta externa	0.1 – 0.2	2.42	2.42	2.61	3.89	3.16	3.01	3.4	3.3	2.78	2.70	2.76	2.68

La relación entre consulta de emergencia y consulta externa de acuerdo a los indicadores de los meses de enero a diciembre 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 en turnos de 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, sin embargo todos y cada unos de los pacientes son atendidos.

Plan de mejora:

- ✓ Recalcar el apoyo en las reuniones de la RIIS tocando puntos importantes y específicos con personal médico y de enfermería.
- ✓ 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.

### ENERO – DICIEMBRE

	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
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	0.7	0.8	0.9	1.1	1.0	0.9
Promedio diario de consulta médica por consultorio de consulta externa	21- 28	11	11	12	8	11	12	11	9	11	12	8	8

Al evaluar la concentración entre consulta médica especializada subsecuente y de primera vez nos encontramos debajo del estándar durante todo el año 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 y también influye que pacientes ya controlados solo asisten para retirar sus recetas repetitivas.

Con respecto a las consultas médicas por consultorio de consulta externa el estándar nos pide un promedio de 21 a 28 pacientes vistos por consultorio al día, quedando muy por debajo del estándar durante todo el año obteniendo, esto debido a las vacaciones de semana santa, contamos con 1 recurso de medicina general durante las 8 horas laborales, cirugía general tuvo un cambio de jefatura por lo que el recurso tiene solamente 6 horas laborales, de estas se menciona que debe priorizar el servicio de cirugía hospitalizados por lo que al finalizar sus labores, se presenta al área de consulta externa, además se cuenta con pediatra durante 3 horas 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.
- ✓ Orientar a médicos de Unidad de Salud, para que realicen selectivamente las referencias que envían al centro hospitalario y no concentrar pacientes en área de consulta externa.

**PEDIATRIA HNNG, ENERO -DICIEMBRE 2023**

	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de citas para consulta médica pediátrica 1° vez <b>(30 días o menos)</b>	Tiempo de espera ingreso Sobresale <b>2h</b> Aceptable <b>3h</b>	Giro De Cama <b>(7-13)</b>	% Ocupación <b>(85)</b>	Promedio Días Estancia <b>(2 – 4)</b>	Índice Sustitución Cama <b>(0 – 1)</b>
Enero	<b>19</b>	<b>1:35:00</b>	<b>6</b>	<b>50%</b>	<b>2.9</b>	<b>2.7</b>
Febrero	<b>15</b>	<b>1:59:00</b>	<b>7</b>	<b>65%</b>	<b>2.9</b>	<b>1.6</b>
Marzo	<b>16</b>	<b>0:37:00</b>	<b>7</b>	<b>65%</b>	<b>3.0</b>	<b>1.7</b>
Abril	<b>26</b>	<b>02:12:00</b>	<b>7</b>	<b>67%</b>	<b>2.9</b>	<b>1.5</b>
Mayo	<b>18</b>	<b>0:46:00</b>	<b>8</b>	<b>80%</b>	<b>3</b>	<b>0.7</b>
Junio	<b>14</b>	<b>01:44:00</b>	<b>9</b>	<b>87%</b>	<b>2.8</b>	<b>0.4</b>
Julio	<b>18</b>	<b>0:57:00</b>	<b>12</b>	<b>107%</b>	<b>2.8</b>	<b>-0.2</b>

Agosto	20	01:57:00	8	79%	2.7	0.8
Septiembre	20	01:30:00	10	90%	2.8	0.3
Octubre	21	00:44:00	10	80%	2.5	0.6
Noviembre	27	01:27:00	7	84%	2.4	0.7
Diciembre	28	1:35:00	7	64%	2.8	1.6

➤ **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 nos encontramos dentro del estándar durante los meses de enero a diciembre, por lo que estamos cumpliendo correctamente con el indicador, cabe mencionar que contamos con un recurso asignado en área de consulta externa durante 3 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 durante todo el año se cumplió con el estándar y quedamos dentro de lo aceptable.

Con respecto al giro de cama de pediatría nos encontramos dentro del estándar con excepción del mes de enero con 6 egresos , mientras que el porcentaje de ocupación alcanzo un 107% de su capacidad instalada durante el mes de julio durante el mes de julio debido al incremento de consultas e ingresos a pediatría por el aumento de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, con respecto al promedio días estancia con un estándar de 2 a 4, nos encontramos durante todos los meses hasta el mes de diciembre dentro del estándar y consecutivamente un índice de sustitución de cama con un estándar de 0 a 1 obteniendo únicamente un índice elevado de 2.7 durante el mes de enero.

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 HNNG, ENERO- DICIEMBRE 2023

	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de citas para consulta médica 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
Julio	18	00:42:00	3	30%	3	6.5
Agosto	45	01:49:00	9	38%	4	6.4
Septiembre	49	01:58:00	2	18%	3	15.2
Octubre	30	01:07:00	5	72%	4	1.7

Noviembre	51	00:50:00	4	47%	3	3.8
Diciembre	64	1:23:00	4	22%	2	5.6

### ➤ 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 durante los meses de abril , mayo , agosto y septiembre tiempos de espera de hasta 49 días ,noviembre y diciembre 51 días y 64 días consecutivamente comparado al estándar de 30 días o menos, dando prioridad a pacientes obstétricas , 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 , durante el todo el año nos hemos mantenido en aceptable y sobresale.

Con respecto al giro de cama de ginecología nos hemos quedado abajo del estándar de 13 durante todos los meses, mientras que el porcentaje de ocupación alcanzo un 72 % en el mes de octubre, los egresos de ginecología han disminuido significativamente durante todo el año.

Con respecto al promedio días estancia tenemos un estándar de 2 y hemos sobrepasado el estándar durante casi todo el año, 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 las cifras más altas en los meses de abril, mayo y septiembre con el índice de sustitución de cama de 15.2 es decir que una cama de ginecología estuvo sin estar ocupada durante 15 días , tomando en cuenta que pacientes con diagnóstico de aborto ahora son ingresadas al área de obstetricia disminuyendo el número de pacientes en el área de ginecología.

**OBSTETRICIA HNNG, ENERO- DICIEMBRE 2023.**

	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de citas para consulta médica 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)
<b>Enero</b>	<b>12</b>	<b>1:20:00</b>	<b>5</b>	<b>40%</b>	<b>2.4</b>	<b>3.7</b>
<b>Febrero</b>	<b>8</b>	<b>02:57:00</b>	<b>5</b>	<b>39%</b>	<b>2.4</b>	<b>3.6</b>
<b>Marzo</b>	<b>11</b>	<b>0:49:00</b>	<b>6</b>	<b>53%</b>	<b>2.4</b>	<b>2.3</b>
<b>Abril</b>	<b>13</b>	<b>0:54:00</b>	<b>6</b>	<b>48%</b>	<b>2.4</b>	<b>2.7</b>
<b>Mayo</b>	<b>14</b>	<b>0:50:00</b>	<b>6</b>	<b>48%</b>	<b>2.7</b>	<b>2.9</b>
<b>Junio</b>	<b>12</b>	<b>01:23:00</b>	<b>6</b>	<b>59%</b>	<b>3.1</b>	<b>2.3</b>
<b>Julio</b>	<b>15</b>	<b>00:42:00</b>	<b>7</b>	<b>58%</b>	<b>2.9</b>	<b>2.0</b>

Agosto	12	01:49:00	6	50%	2.7	2.6
Septiembre	16	01:58:00	7	56%	2.6	2.1
Octubre	13	01:07:00	6	56%	2.6	2.3
Noviembre	19	00:50:00	6	93%	2.9	0.4
Diciembre	14	1:23:00	5	37%	2.6	4.2

## ➤ 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 hasta días de espera de 16 días durante el mes de septiembre y 19 días para el mes de noviembre mencionando que se da atención a pacientes obstétricas en el área de consulta externa con excepción del día miércoles que corresponde al 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 que todos los meses del año nos encontramos dentro de lo aceptable. Con respecto al giro de cama de obstetricia quedamos debajo del estándar de 13 a 26, durante todo el año, el porcentaje de ocupación

varia desde el 40 hasta el 56% no cubre el estándar del 85% con excepción del mes de noviembre, es decir que no se está utilizando totalmente la capacidad del servicio debido al menor número de consultas en esta área.

Con respecto al promedio días estancia tenemos un estándar de 1 a 2 se obtiene en la mayoría de meses un promedio de días estancia de 2, consecutivamente un índice de sustitución de cama de con un estándar de 0 a 1 obteniendo un mayor índice de sustitución en el mes de enero de 3.7 es decir que es el tiempo que la cama paso sin ocuparse por un nuevo paciente.

## MEDICINA INTERNA HNNG, ENERO – DICIEMBRE, 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
Julio	60	01:11:00	9.8	101%	3.0	0.0
Agosto	65	01:21:00	9.3	95%	3.2	0.2
Septiembre	63	01:46:00	10.2	92%	2.8	0.3
Octubre	73	01:15:00	10.1	85%	2.7	0.5
Noviembre	75	01:42:00	9.3	142%	2.8	0.4
Diciembre	86	1:51:00	8.3	79%	3.1	0.8

## ➤ **MEDICINA INTERNA**

En medicina interna el tiempo de espera para asignación de cita de primera vez , obtuvo una mayor cifra de espera en el mes de agosto con 65 días mientras que el en mes de diciembre obtuvimos 86 días de espera para consulta , con respecto al tiempo de espera para ingreso se mantiene dentro de lo sobresale y aceptable durante todo el año , el giro de cama sobrepasa el estándar en casi todos los meses obteniendo una mayor cifra de 10.2 durante el mes de septiembre, que se refiere a que una sola cama produce 10 egresos , la mayor demanda de la especialidad por patologías como desequilibrios hidroelectrolíticos, infecciones de vías urinarias, etc. Se alcanzaron los mayores porcentajes de ocupación durante los meses consecutivos julio, agosto y septiembre, sobrepasando su capacidad instalada, mientras que en el mes de noviembre sobrepaso con un 142%. El promedio de días estancias se queda abajo del estándar durante todo el año.

Mientras que el índice de sustitución de cama se mantiene dentro del estándar, debido a que frecuentemente se están dando los ingresos.

### CIRUGIA HNNG, ENERO – DICIEMBRE, 2023.

	Tiempo de espera entre solicitud y asignación de citas para consulta de cirugía de 1° vez <b>(30 días o menos)</b>	Tiempo de espera ingreso Sobresale 2h Aceptable 3h	Giro De Cama (4 - 7)	% Ocupación (85)	Promedio 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
Julio	45	01:48:00	6.7	63%	2.9	1.7
Agosto	41	02:03:00	6.6	87%	3.7	0.6
Septiembre	25	01:26:00	6	61%	3.9	2
Octubre	27	02:42:00	7.9	66%	2.7	1.3
Noviembre	16	01:29:00	5.7	77%	3.7	1.2

Diciembre	16	1:27:00	5.9	82%	4.8	0.9
-----------	----	---------	-----	-----	-----	-----

## ➤ CIRUGIA GENERAL

Con respecto al tiempo de espera para asignación de una cita de consulta de primera vez, obtuvimos la mayor cifra el mes de julio con 45 días de espera, el tiempo de espera para ingreso se encuentra dentro de lo aceptable o sobresale durante todos los meses cumpliendo con el estándar, De manera general el giro de cama se ha encontrado dentro establecido durante todo el año con excepción del mes de enero , mientras que el porcentaje de ocupación durante el mes de abril sobrepaso su capacidad instalada con un 90% al igual que el mes de agosto del 87% , el promedio de días estancia en general fue de 3 quedando muy cerca del estándar, Mientras que el índice de sustitución obtuvo la cifra de 4.9 en el mes de febrero , por lo que existen patologías que no ameritan tiempos prolongados de estancia.

**COVID-19, ENERO- DICIEMBRE, 2023**

	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
Julio	0.0	0%	0	0
Agosto	0.0	0%	0	0
Septiembre	0.0	0%	0	0
Octubre	0.0	0%	0	0
Noviembre	0.0	0%	0	0

Diciembre	0.0	0%	0	0
-----------	-----	----	---	---

➤ **COVID- 19**

No se obtuvo ningún caso de covid-19 de enero a diciembre.

**INDICADORES DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA HNNG, ENERO- DICIEMBRE, 2023.**

	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Porcentaje de cirugías realizadas	(mayor 60%)	72%	73%	67%	62%	69%	70%	65%	52%	70%	60%	64%	70%
Porcentaje de cirugías mayores electivas	(60%)	40%	29%	52%	27%	39%	33%	47%	41%	36%	45%	30%	30%
Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias	-	17 %	44%	40%	29 %	50%	41%	32%	36%	44%	26%	50%	41%
Promedio diario de cirugías mayores electivas por quirófano	(4)	1.7	1.4	2.3	1	1.4	1.4	1.5	1	1.3	1.5	1.0	0.8
Promedio diario de cirugías mayores de emergencia por quirófano	-	1.7	2.3	1.6	1.8	1.5	1.9	1.1	1	1.6	1.2	1.5	1.3

Porcentaje de cirugías mayores suspendidas	(5%)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	0	4%	0%	2%	0%
Índice de cesáreas	(10 – 15)	36.4	35.4	22.4	33.8	34.5	39.3	24.5	21.4	38.3	27.3	30.6	32.6
Porcentaje de cesáreas de primera vez	-	23%	15%	8%	22%	21%	30%	9%	9%	25%	14%	20%	26%
Porcentaje de quirófanos funcionando	(100%)	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%	67%
Días de espera en promedio para cirugía general electiva	(60)	30	24	25	20	20	20	19	19	19	19	19.3	19.5

- **CIRUGIAS MAYORES REALIZADAS**

El porcentaje de cirugía mayores realizadas durante todo el año se mantuvo arriba del 60% del estándar.

- **CIRUGIAS MAYORES ELECTIVAS**

De forma general en el mes de abril se obtuvo el indicador más bajo con el 27% al igual que en los meses de noviembre y diciembre obtuvimos un 30%, muy por debajo del estándar que es 60% hay que considerar, que durante este mes se gozó de vacaciones de semana santa, misiones oficiales además de vacaciones navideñas además durante la época de pandemia Covid -19 se suspendieron una diversidad de cirugías electivas, produciendo una mora quirúrgica, ésta ya fue saldada, por lo que las cirugías que se están realizando son las que van emergiendo.

- **CIRUGIAS MAYORES ELECTIVAS AMBULATORIAS**

Durante el tercer trimestre se obtuvo el menor indicador en el mes de enero con un 17%, cabe mencionar que aquí no podemos medirnos ya que no hay un estándar de comparación.

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

Durante los meses de enero a diciembre no se ha cumplido con el estándar de 4, 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**

Tomando en cuenta que este no tiene estándar de comparación, obtuvimos en el mes de julio una cifra de 1.9

Es importante recalcar que el hospital no cuenta con cirujanos de turno por la noche, ninguno de los 7 días a la semana, Por lo tanto, las únicas cirugías de emergencia que se realizan son en horario de 7 am a 3 pm ya que contamos con cirujano en el área de emergencia.

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

Durante los meses de julio y septiembre se obtuvo una cifra de 4%, en el mes de julio se suspendieron 2 cirugías electivas por evento sísmico y en el mes de septiembre se suspendieron 2 más, una por falta de energía eléctrica y la segundo por difícil entubación de paciente y en el mes de noviembre quedamos con un 2 % por falta de recurso humano.

- **INDICE DE CESAREAS**

De forma general durante todos los meses del año se han mantenido este indicador por arriba del estándar , alcanzando el máximo dato en el mes de septiembre con un 38.3 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.

Tenemos el compromiso de disminuir estos indicadores a lo más mínimo posible, se siguen dando temas obstétricos esto como parte de la educación continua que se da todos los viernes en nuestro Hospital.

- **QUIROFANOS.**

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

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

Con respecto a los días de espera en promedio para cirugía general, el estándar es de 30 días sin embargo durante los 12 meses se ha mantenido el indicador con un promedio de menos de 30 días, ya que la mora quirúrgica por pandemias se saldó.

## INDICADOR DE ABASTECIMIENTO, HNNG (ENERO- DICIEMBRE, 2023)

	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Abastecimiento de medicamentos en el hospital	(80%)	98.2%	97.3%	95.8%	95.1%	92.1%	96.8%	95.6 %	97.4%	97.4%	95.6%	94.7%	100%

### ➤ INDICADOR DE ABASTECIMIENTO

El porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital durante los 12 meses de año se mantuvo por arriba del 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 HNNG, ENERO –DICIEMBRE 2023.

	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria	-	0.0	0.30	1.03	0.44	0.24	0.70	1.18	0.45	1.25	1.43	0.98	0.80
Porcentaje de infecciones del sitio quirúrgico	(3 – 7.5)	0.0%	0.0%	4.3%	1.43 %	1.8%	4.9%	9.8%	2.4%	1.8%	6.6%	4.2%	4.8%

### ➤ INDICADOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria de modo general durante lo largo del año se obtuvo una mayor cifra en el mes de septiembre y octubre esto se traduce en 3 endometritis, 1 post cesarea , 1 sepsis bacteriana en RN , 1 onfalitis , cabe mencionar que este no tiene un estandar de comparacion . Es nuestra meta seguir disminuyendo estos resultados con el compromiso de realizar medidas preventivas para disminuir los casos de infecciones del sitio quirurgico, dando orientacion a pacientes ya sea por medicos y enfermeras sobre la importancia de realizar curaciones diarias de herida operatoria en el centro de salud mas cercano, guardar reposo, la importancia de brindar la informacion sobre signos y sintomas de peligro y cuando consultar. Siendo ginecologia 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 medico y de enfermeria ademas se implementaron medidas extraordinarias para tratar este brote de IAAS.

## INDICADOR FINANCIERO HNNG, ENERO- DICIEMBRE 2023.

	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Porcentaje de ejecución presupuestaria	95%	97.15%	99.77%	99.22%	99.8%	98.48%	99.22%	93.6%	98.6%	96%	85.4%	99.83%	100%

### ➤ INDICADOR FINANCIERO

El porcentaje de ejecución presupuestaria tiene un estándar del 95%, durante los meses de enero a septiembre se alcanzó el estándar, teniendo un mayor porcentaje en el mes de febrero, 99.7% y el menor indicador en el mes de octubre con un 85.4%, en general el presupuesto siempre se ejecuta, pero en esta ocasión hubieron compras que se dejaron para los meses siguientes y esto afectó el indicador sin embargo se ejecutó al 100% en el mes de diciembre.

**INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS HNNG, ENERO-DICIEMBRE, 2023.**

	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
<b>Tasa de mortalidad bruta</b>	-	0.0	0.0	0.5	0.3	1.5	0.5	0.2	0.7	0.1	0.8	0.5	1.3
<b>Tasa neta de mortalidad</b>	-	0.0	0.0	0.3	0.0	0.5	0.0	0.2	0.2	0.0	0.2	0.0	0.3
<b>Razón de mortalidad materna</b>	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Tasa de mortalidad infantil</b>	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	16.9	0.0	0.0	0.0
<b>Tasa de mortalidad fetal tardía</b>	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.2	16.9	0.0	0.0	0.0
<b>Tasa de mortalidad neonatal</b>	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Tasa de mortalidad infantil post neonatal</b>	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.9	0.0	0.0	0.0
<b>Tasa de recién nacidos bajo peso</b>	-	60.6	78.1	52.6	29.9	51.7	32.3	56.6	36.4	67.8	30.3	40.8	23.3
<b>Tasa de recién nacidos muy bajo peso</b>	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.2	0.0	0.0	0.0	0.0

## ➤ **INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS**

La tasa de mortalidad bruta durante los meses de enero a septiembre se traduce en 20 muertes, mientras que la tasa neta de mortalidad alcanzo un 0.5% es decir 5 fallecidos hasta el mes de septiembre y en mes de diciembre una tasa de 1.3 que se traduce en 5 muertes .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 lastimosamente en el mes de septiembre tuvimos un indicador de 16.9 que se traduce en una muerte, la tasa de mortalidad fetal tardía fue de 18.2 en el mes de agosto que se traduce en una muerte y en el mes de septiembre se obtuvo una tasa de 16.9 que se traduce en una muerte lamentablemente.

Con respecto a la tasa de mortalidad infantil posnatal se obtuvo un indicador de 16.9 en el mes de septiembre que se traduce en una muerte, 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 durante todos los meses del año hubieron recién nacidos con bajo peso al nacer, mientras que en los recién nacidos de muy bajo peso alcanzamos un indicador en el mes de agosto de 18.2 que se traduce en un recién nacido.

**INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS, ENERO- DICIEMBRE, HNNG 2023**

	Estándar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte	-	0.0	0.0	8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0	0.0
Tasa de mortalidad por traumatismos	-	0.0	0.0	3.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.2	0.0	0.0	0.0
Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0
Tasa de letalidad por neumonía	-	0.0	0.0	0.0	0.0	7.7	0.0	0.0	4.4	0.0	1.8	0.0	5.6
Tasa de letalidad por COVID-19(Sospechoso, Confirmado)		0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	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	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	0.0	10.0	7.1	0.0	0.0	10.0
Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	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	0.0	0.0	5.6	0.0	0.0	4.8

## ➤ **INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS**

Con respecto a la tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte en el mes de marzo obtuvimos una tasa de 8.3 y en el mes de septiembre 11.1, traducido en dos muertes que se traduce en 1 muerte en el periodo comprendido de enero a septiembre, con respecto a la tasa de mortalidad por traumatismo hubo dos muertes el con respecto a la tasa de mortalidad asociada a lesiones autoinflingidas intencionalmente en el mes de octubre se obtuvo una tasa de 50% que se traduce en una muerte.

Con respecto a la tasa de mortalidad por neumonia hubieron 5 fallecidos en el periodo de enero a septiembre en mientras que en los meses de octubre y diciembre sumaron 2 fallecidos, 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 8.3 en el mes de enero , 10 en el mes de agosto , 7.1 en el mes de septiembre y en el mes de diciembre una tasa de 1 fallecido , con respecto a la tasa de letalidad de diabetes mellitus con tasa de 0 y con respecto a la tasa de letalidad por transtornos hipertensivos obtuvo una tasa de 5.3 en el mes de enero y 5.6 en el mes de septiembre que se traduce en 2 muertes y una tasa de 4.8 en el mes de diciembre que se traduce en 1 muerte, cabe mencionar que algunos pacientes fallecen en este centro debido a sus complicaciones ya sea por accidentes de tránsito o por enfermedades crónicas a otros se les plantea referencia al tercer nivel y sin embargo en algunos casos los familiares no aceptan la referencia por lo que fallecen en este centro.

## EVALUACION PAO UNIDAD AMBIENTAL 2023

ACTIVIDADES / MESES	P	R	%	COMENTARIOS.	PONDERACIÓN
<b>CALIDAD SANITARIA DEL AGUA</b>					
Inspección sistema de abastecimiento de agua para evaluar estándar de calidad #24	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	Estándar de calidad cumpliéndose en un 100% (según plataforma del ETAB)	<b>1</b>
Seguimiento Toma de muestras para análisis bacteriológico.	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>57%</b>	-En la base de datos de enero a julio de 2023, proporcionada por la U de S de Nueva Guadalupe, solamente se encontraron los resultados de 12 muestras y 1 más correspondiente al mes de agosto de 2023; todas dentro de norma. Cumpliendo con lo establecido en el Reglamento de Agua de Consumo Humano.	<b>0.57</b>
Seguimiento Toma de muestras para análisis físico-químico.	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	-El resultado reportado en la base de datos de enero a septiembre de 2023, proporcionada por la U de S de Nueva Guadalupe; se encuentra dentro de norma, cumpliendo con lo	<b>1</b>

				establecido en el Reglamento de Agua de Consumo Humano.	
Seguimiento Toma de muestras para análisis de trazas de metales.	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	-El resultado reportado en la base de datos de enero a junio de 2023, proporcionado por la U de S de Nueva Guadalupe, se encuentra dentro de norma, cumpliendo con lo establecido en el Reglamento de Agua de Consumo Humano.	<b>1</b>
Seguimiento Toma de muestras para análisis de pozos y puntos de uso.	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>50%</b>	-En la base de datos de enero a junio de 2023, proporcionada por la U de S de Nueva Guadalupe, solamente se encontró la muestra tomada el 14-03-2023 (programada el 01-03-2023), resultado dentro de norma, cumpliendo con lo establecido en el Reglamento de Agua de Consumo Humano.	<b>0.5</b>
Lecturas de cloro residual	<b>720</b>	<b>598</b>	<b>83%</b>	De las 598 lecturas tomadas, 593 cumplieron con el Reglamento de Agua de Consumo Humano (99.16%), las 5 lecturas que no cumplen	<b>0.83</b>

				se deben al proceso de lavado de la cisterna.	
Actualización plan de seguridad del agua.	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>	PSA actualizado.	<b>1</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>764</b>	<b>631</b>	<b>83%</b>		<b>5.9</b>
<b>EMISIONES DE GASES</b>					
Inspección a las fuentes fijas generadoras de vapor	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>67%</b>	Con base a la ficha de ponderación de los aspectos sanitarios contenida en los "LINEAMIENTOS TECNICOS PARA LA VIGILANCIA DE EMISIONES POR FUENTES FIJAS" del MINSAL, de 90 puntos posibles, se cumplen 80, o sea, el 89%, con lo cual, el Hospital cumple con el requisito mínimo del 85% para el funcionamiento de las calderas.	<b>0.67</b>
Seguimiento a la realización de los análisis de las emisiones de gases de las calderas	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	-El análisis de las emisiones de gases de la caldera NRMT 0995 se realizó el 17-11-2023. -El análisis de las <u>emisiones de gases de la caldera NRMT 0994 se realizó el 17-11-2023</u>	<b>1</b>

				(solamente se encendió unas horas para la realizar el análisis).	
Seguimiento a la realización de los peritajes de las calderas	4	4	100%	<u>En la supervisión realizada el 30-05-2023 no se mostraron evidencias de haber hecho gestiones para realizar los peritajes. En la supervisión realizada el 13-12-2023, solamente se entregaron copias de las emisiones de gases de las calderas y todavía se encontró en operación la misma caldera NRMT0995.</u>	1
<b>SUB TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>89%</b>		<b>2.67</b>
<b>HIGIENE DE ALIMENTOS</b>					
Inspección departamento de alimentación.	3	3	100%	Conforme a los criterios establecidos en la "Ficha de Evaluación Sanitaria de los Establecimientos de Alimentos", anexo 2 de la Norma de Alimentos del MINSAL; se alcanzó el 94% de cumplimiento de los aspectos sanitarios generales y el 90% en los aspectos sanitarios específicos, con lo cual, se cumple con los requisitos	1

				mínimos para el funcionamiento del comedor hospitalario.	
Inspección Cafetín del Hospital	2	2	100%	-De oficio se realizaron las inspecciones en diciembre de 2023, debido a que no pasaron el trámite tanto en enero como en julio de este año, para renovar el comodato del cafetín. -Se cumplió con el 92% de los criterios establecidos en la Norma Técnica Sanitaria para Cafetines en Establecimientos de Salud (la norma no tiene % mínimo de cumplimiento). -Se cumplió con el 93% de los puntos críticos establecidos en la Norma Técnica para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento del MINSAL (requisito es el 100%, el incumplimiento se debe a que el cafetín no cuenta con servicio sanitario).	1
<b>SUB TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>		<b>2</b>
<b>DESECHOS COMUNES</b>					

Supervisión manejo de los desechos comunes en los servicios y departamentos generadores	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>79%</b>	Se cumplió con el 100% de los criterios establecidos en el Componente Manejo de Desechos Comunes en la Consulta Externa, Emergencia, Sala de Operaciones, Pediatría, Hospitalización, Laboratorio Clínico y Lavandería.	<b>0.79</b>
Reporte de residuos sólidos comunes con potencial reciclable.	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	Reporte Anual de Residuos Sólidos Comunes con Potencial Reciclable enviados por correo electrónico a la Dirección Nacional de Hospitales y a la Unidad Ambiental el 05-07-2023 y el 20-12-2023.	<b>1</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>81%</b>		<b>1.79</b>
<b>DESECHOS BIOINFECCIOSOS</b>					
Inspección del manejo de los desechos bioinfecciosos para evaluar el estándar de calidad #23 en los servicios y departamentos generadores	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>79%</b>	-Estándar de calidad cumpliéndose en el 100%. -Se cumplió con el 100% de los criterios establecidos en el Componente de Manejo de Desechos Bioinfecciosos en la Consulta Externa, Emergencia, Sala de	<b>0.79</b>

				Operaciones, Pediatría, Hospitalización y Lavandería. - <u>En el Departamento de Laboratorio Clínico solamente pudo cumplir con el 92% (no se encontró completa la ruta de recolección y transporte).</u>	
Inspección sitio de tratamiento de los desechos bioinfecciosos	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>67%</b>	- <u>No se cumplió con el % mínimo del 90% establecido en la ficha de Inspección Sanitaria a las Instalaciones Físicas de Establecimientos Generadores de DB que los Tratan,</u> contenida en el Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos; <u>se cumplió un total 81 puntos de 95 posibles, o sea, el 85%.</u>	<b>0.67</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>78%</b>		<b>1.46</b>
<b>SUSTANCIAS QUIMICAS PELIGROSAS</b>					
Supervisión manejo de sustancias, residuos y desechos químicos	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>79%</b>	-Se cumplió con el 100% de los criterios establecidos en el Componente Manejo de Sustancias Químicas	<b>0.79</b>

<p>peligrosas en áreas hospitalarias</p>			<p>Peligrosas en la Consulta Externa, Emergencia, Pediatría, Hospitalización/Medicina y Laboratorio Clínico.  <u>-En el Servicio de Sala de Operaciones se cumplió el 86%</u> (No se entregaron evidencias suficientes de la socialización de las hojas de seguridad de la enfermera Rosa González y los enfermeros José Orellana Aquino y Manrique González), <u>En el servicio de Hospitalización/Ginecología se cumplió el 86%</u> (Se presentó reporte con el avance en la socialización de las hojas de seguridad. De 12 recursos de enfermería, 10 cuentan con el 88% de las hojas de seguridad socializadas, 1 con el 75% y 1 con el 63%) <u>y en el Departamento de Lavandería se cumplió con el 56%</u> (El personal que se encontró en el área el día</p>	
--	--	--	---	--

				<p>de la supervisión son la señora Doris Elizabeth Gutiérrez y los señores Arnoldo Parada y Paz Guevara. No se presentaron evidencia de la socialización de las hojas de seguridad del señor Paz Guevara. La solución del equipo lava ojos, se encuentre vencida/venció en septiembre de 2022, se encontraron unos 60 galones de detergente líquido para ropa vencidos (unos vencieron desde el 20-10-2022 y otros el 30-09-2023), se encontró en el piso unas 20 garrafas de detergente líquido para ropa; se encontraron arruinadas las bombas que se utilizan para trasegar la lejía y las garrafas con químicos utilizadas en el lavado de ropa, no se encontraron identificadas.</p>	
Inspección almacenamiento de sustancias químicas peligrosas	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>33%</b>	<p><u>-No se cumplió con el % mínimo del 90%</u> establecido en la ficha de</p>	<b>0.33</b>

				<p>inspección sanitaria para el manejo y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas, contenida en la Norma para el Almacenamiento de Sustancias Químicas Peligrosas del MINSAL; <u>se cumplió un total de 59.5 puntos de 79 posibles, o sea, el 75%.</u></p> <p><b>Nota: Desde el mes de septiembre 2023 se están mudando a las instalaciones del nuevo almacén.</b></p>	
<b>SUB TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>74%</b>		<b>1.12</b>
<b>AGUAS RESIDUALES</b>					
Seguimiento realización del análisis físico químico de las aguas residuales hospitalarias.	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>	El análisis se realizó el 11-10-2023.	<b>1</b>
Toma del caudal físico de las aguas residuales hospitalarias.	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>92%</b>	En el mes de marzo de 2023, no se pudo realizar la toma del caudal físico por problemas de	<b>0.9</b>

				obstrucción de la tubería antes de la pileta.	
Medición de To, PH y Solidos Sedimentables de las aguas residuales hospitalarias.	12	11	92%	En el mes de marzo de 2023, no se pudo medir la To, PH y los Solidos Sedimentables por problemas de obstrucción de la tubería antes de la pileta.	0.9
<b>SUB TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>96%</b>		<b>2.8</b>
<b>CONTROL DE PLAGAS</b>					
Actualización plan de control de plagas	3	2	67%	Plan Actualizado.	0.67
Inspección control de vectores y roedores en las áreas hospitalarias	24	19	79%	- <u>En ningún Servicio Médico Hospitalario y Departamentos de Apoyo, se cumplió con el 100% de los criterios establecidos en el componente de Control de Vectores y Roedores.</u> <u>En el Servicio de Consulta Externa se cumplió el 86%</u> (Se mantiene humedad en el área del lavamanos que se encuentra en el andén, por la capilla y en época de invierno se mantiene agua lluvia estancada en	0.79

				<p>uno de los desagües ubicado a la entrada principal del servicio, <u>en la Emergencia se cumplió con el 86%</u> (No se encontró tapones tipo escurridera en los drenajes del servicio sanitario de mujeres y en las piletas del séptico de limpieza), <u>en Sala de Operaciones se cumplió con el 88%</u>( Falta tapón en el drenaje de una pileta del séptico de limpieza), <u>en la Pediatría se cumplió el 75%</u> (Se encuentran obstruidas con basura las mallas de los desagües de aguas lluvias del área de juegos, se observaron las mallas de 2 desagües de aguas lluvias en el área de juegos y la malla del desagüe de aguas lluvias donde se mantiene la carretilla de desechos, comienzan a deteriorarse y continua sin conexión la tubería de las aguas residuales de la poceta en el ambiente 1),</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>en la <u>Hospitalización/Ginecología se cumplió el 75%</u>( Faltan mallas en las ventanas de la estancia materna y existe una humedad permanente en la pileta donde lavan los trapeadores), en la <u>Hospitalización/Medicina se cumplió el 50%</u>( Se encontró cielo falso deteriorado por filtraciones de agua lluvia en ambiente 6 y en una parte del cielo falso de la entrada del servicio, por la oficina de la División Medica; falta malla en la ventana de un baño de BM, se encontraron mallas dañadas en las ventanas de los ambientes 9, 10, en el 11-1, en el 11-2, en la unidad para atención de adolescentes y en el ambiente de alto riesgo; se encontraron mallas dañadas en los desagües de aguas lluvias en los jardines ubicados entre los</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>ambientes 7 y 8, entre los ambientes 8 y 9 y a un costado de la estación de enfermería, por la entrada a BM; existe humedad permanente en la pileta donde lavan los trapeadores), en el <u>Laboratorio Clínico se cumplió el 75%</u> (Se encontraron mallas dañadas en las ventanas en el área de Urianálisis y coprología, en algunos entre paños de la ventana del pasillo, frente a las áreas de Urianálisis y Hematología; no se encontraron tapones tipo escurridera en el séptico de limpieza, frente al cuarto de anestesia) y en <u>Lavandería se cumplió el 57%</u> (No tienen mallas las ventanas que están en el área de la secadora, las ventanas del archivo de estadística y el espacio del área de la pileta; solamente un drenaje en el</p>	
--	--	--	--	--

				piso cuenta con tapón tipo escurridera, el drenaje de la pileta de una de las lavadoras no tiene malla y los drenajes del piso están obstruidos).	
Chequeos Entomológicos institucionales	18	12	67%	Posibles Criaderos de zancudos tratados =95 Criaderos de zancudos tratados=3 Posibles Criaderos de zancudos Eliminados =131 Criaderos de zancudos Eliminados=16	0.67
Supervisión ejecución plan de control de plagas	2	1	50%	El programa de actividades establecido en el plan, se cumplió en un 45%.	0.5
<b>SUB TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>34</b>	<b>72%</b>		<b>2.63</b>
<b>PROGRAMA DE ADECUACIÓN AMBIENTAL Y MEDIDAS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO</b>					
Elaboración y reporte del informe de operaciones ambientales 2023	30	69	230%	Para el reporte del RIOA 2022 se realizó lo siguiente: -Se migro de la plataforma RIOA a la plataforma SEA MARN. -Se habilito la plataforma SEA hasta junio de 2023.	2.3

				<p>-Para trabajar en la plataforma SEA se tuvo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar credenciales</li> <li>• Elaborar carta de autorización para digitar el RIOA 2022</li> <li>• Bajar tutoriales</li> <li>• Solicitar vinculación del proyecto a la nueva plataforma</li> <li>• El RIOA 2022 en la plataforma SEA se comenzó a digitar en línea hasta el 21-06-2023</li> <li>• Gestionar los inconvenientes que se presentaron con la nueva plataforma, etc.</li> <li>• El RIOA 2022 se completo en la plataforma del SEA MARN el 27-0-2023.</li> </ul>	
Seguimiento del monitoreo de la berma del tanque de diésel	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	Los seguimientos no quedaron evidenciados en	<b>0</b>

Seguimiento al monitoreo del muro de protección de la subestación eléctrica.	1	0	0%	las actas de las reuniones del CGAH.	0
Seguimiento-actualización de bitácora con distintos estudios realizados.	1	0	0%		0
<b>SUB TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>69</b>	<b>203%</b>		<b>2.3</b>
<b>POLITICA AMBIENTAL</b>					
Supervisión cumplimiento de la política ambiental institucional en las áreas hospitalarias.	26	25	96%	-Se realizaron 6 jornadas de socialización de la PAI. -Se cumplió con el 100% de los criterios establecidos en el Componente de Política Ambiental Institucional en la Pediatría, Hospitalización/Ginecología y en Laboratorio Clínico. <u>En la Consulta Externa se cumplió el 86%</u> (No se encontraron stickers alusivos al ahorro del agua en los lavamanos de los consultorios de ginecología y obstetricia 7, vacunación, odontología y en los servicios sanitarios para discapacitados), <u>en la Emergencia se cumplió el</u>	0.96

				<p><u>57%</u> (no se encontraron stickers alusivos al ahorro del agua en los lavamanos de los servicios sanitarios para pacientes y en la pequeña cirugía, se encontró fuga de agua en el grifo del lavamanos de la entrada, por la estación de recuperación de residuos sólidos comunes y no se encontraron stickers alusivos al ahorro de energía en los interruptores siguientes: en el baño de la mujer embarazada, en el área de espera de la emergencia ginecobstetricia, en el área de terapia respiratoria y en los servicios sanitarios de pacientes, <u>en Sala de Operaciones se cumplió el 57%</u> (no se cuenta con Stickers alusivos al ahorro del agua, no se encontraron stickers alusivos al ahorro de energía eléctrica en el baño de la sala de labor de parto, en el servicio</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>sanitario donde se mantiene la carretilla de los desechos y en el séptico de limpieza y solamente se observó aviso de uso en el séptico para cirugías, en la <u>Hospitalización/Medicina se cumplió 86%</u> (No se encontraron stickers alusivos al ahorro del agua en el lavamanos del baño del ambiente 6, en los lavamanos de los baños del ambiente 9 y 10, en los lavamanos de los ambientes 9 y 10, en el lavamanos del baño de la unidad de atención de adolescentes y en el lavamanos de un baño de BM) y en el Departamento de Lavandería se cumplió el 67% (No Se cuenta con Stickers con mensajes alusivos al ahorro del agua y al ahorro de energía).</p>	
Campaña Ambiental	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>	Celebración del DIA DEL MEDIO AMBIENTE	<b>1</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>97%</b>		<b>1.96</b>

<b>OTROS</b>					
Evaluación de la PAO 2022 Unidad Ambiental	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>150%</b>	La PAO 2022 se terminó de evaluar el 09-01-2023.	<b>1.5</b>
Elaboración de la POA 2023 Unidad Ambiental	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>133%</b>	-Se elaboro programa anual de trabajo 2023, se terminó el 12-01-2023. -	<b>1.33</b>
Elaboración de la POA 2023 Comité de Gestión Ambiental	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>333%</b>	POA 2023 Comité de Gestión Ambiental terminada el 29- 05-2023	<b>3.3</b>
Evaluaciones de la PAO 2023 Comité de Gestión Ambiental	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>225%</b>	Las evaluaciones se realizan trimestralmente.	<b>2.25</b>
<b>SUB TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>29</b>	<b>207%</b>		<b>8.38</b>
<b>TOTALES</b>	<b>1009</b>	<b>891</b>	<b>88%</b>	<b>32.69*100/35=93%</b>	<b>32.69 (93%).</b>

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

