



**Ministerio de Salud
Región Central de salud
Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango**

**Plan Operativo Anual
2013**



El Salvador, Noviembre de 2012

DATOS GENERALES DEL HOSPITAL

Nombre de la Dependencia que programa: Hospital nacional "Dr. Luis Edmundo Vásquez" de Chalatenango

Dirección: Final Barrio San Antonio, Chalatenango, Chalatenango

Teléfono: 2393-9010

Fax: 2393-9014

E-mail: rcornejo54@hotmail.com

Nombre de Director(a): Dr. Reynaldo Cornejo Reyes

Fecha de aprobación de la POA 2013:

Dr. Reynaldo Cornejo Reyes
Hospital nacional "Dr. Luis Edmundo Vásquez" de Chalatenango

Dr. Julio Óscar Robles Ticas
Director Nacional de Hospitales
Ministerio de Salud

Índice

| | | |
|------------|--|----|
| I | INTRODUCCIÓN | 4 |
| II | GENERALIDADES O CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL | 4 |
| | Misión y visión | |
| | Objetivo general | |
| | Objetivos específicos | |
| | Funciones principales | |
| III | Diagnostico situacional | 6 |
| a) | Aspectos generales del diagnostico | 7 |
| | Organigrama institucional | 7 |
| | Población meta | 8 |
| b) | Diagnóstico interno | 10 |
| | Capacidad residual: quirófanos, encamados, consultorios | 10 |
| | Recursos humanos: distribución y caracterización | 14 |
| | Equipo biomédico | 14 |
| | Equipo administrativo | 17 |
| | Condiciones planta física | 18 |
| | Cumplimiento metas año 2011 | 21 |
| | Perfil epidemiológico | 30 |
| | Oferta de servicios | 34 |
| c) | Diagnostico externo | 37 |
| | Amenazas del entorno | 37 |
| d) | Identificación de problemas | 39 |
| | Problemas de demanda | 39 |
| | Situación de salud | 39 |
| | Problemas de oferta | 40 |
| | Objetivos estratégicos | 40 |
| IV | Programación de Actividades Asistenciales (Anexo 4) | 41 |
| V | Programación de Actividades de Gestión (Anexo 5) | 42 |
| VI | Indicadores de Gestión de Actividades Hospitalarias (Anexo 6) | 50 |

INTRODUCCIÓN

Un diagnóstico de situación de salud es el conocimiento aproximado de las diversas problemáticas de una población objetivo, a partir de la identificación e interpretación de los factores y actores que determinan su situación, un análisis de sus perspectivas y una evaluación de la misma. Forma parte de la primera etapa del proceso administrativo: la planeación; es una labor imprescindible dentro de las actividades de programación en salud pública. Es la ejecución de una metodología que permite la detección de diversas problemáticas y su importancia relativa, así como los factores que la determinan.

La importancia de los productos generados, se basa en la oportunidad de identificar y jerarquizar las diferentes problemáticas de la población objetivo, para posteriormente precisar líneas de acción, actividades, objetivos, metas, asignación y distribución de recursos, los cuales son elementos imprescindibles en la elaboración de programas.

La finalidad de un diagnóstico situacional es descubrir, o bien hacer énfasis en los puntos fuertes de la organización, pues es bien sabido que es imposible crecer apoyándose en las debilidades; desde luego, también se reconoce la necesidad de identificar los problemas y sus causas, analizando su significado, trascendencia y viabilidad para solucionarlos. Asimismo, se deben de analizar los problemas a fin de darles un valor en razón de los hechos, ya que se acepta que existe un factor subjetivo en la población, en los prestadores del servicio y en las autoridades institucionales que debe tomarse en cuenta.

Es así como la información obtenida en el diagnóstico y analizada determina las situaciones problemáticas a las cuales se enfrenta el hospital, para priorizar acciones y así reflejarlas en el presente plan del año 2013.

CARACTERÍSTICAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL

Misión

El Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, tiene como misión brindar atención en salud, en las áreas de prevención, curación y de rehabilitación, a toda persona sin distinción de raza, religión y estatus social; su razón de ser es servir a la población con equidad, verdadero sentido humanitario, dignidad respeto y ética profesional; logrando cada día el dinamismo de su personal, para alcanzar en el presente y futuro una atención a nuestros usuarios en forma integral.

Visión

Ser un Hospital departamental de segundo nivel de atención, siendo parte de una red integrada de servicios del Sistema Nacional de Salud; modelo en la atención al usuario proporcionando servicios de una forma integral con calidez y calidad, aplicando principios y valores éticos.

Objetivo general

"Establecer las pautas que faciliten la elaboración estandarizada del Plan Operativo del hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango, a fin de que se mejore el proceso de toma de decisiones y se haga un uso más racional de los recursos institucionales, mediante el establecimiento de un formato fácil y práctico para comunicar de manera clara y precisa la planificación de los objetivos, resultados y metas y actividades en salud, en el marco de las prioridades institucionales."

Objetivos específicos

1. Fortalecer el proceso de planificación operativa anual orientada a resultados, en el hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango,
2. Facilitar la consolidación, el monitoreo periódico y la evaluación trimestral de los planes operativos del el hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango.
3. Brindar atención médica como hospital de segundo nivel a la población bajo nuestra responsabilidad, manteniendo o mejorando los estándares de calidad definidos por el Ministerio de Salud.
4. Fortalecer las redes integrales e integradas de los servicios de salud según el nuevo modelo de atención en salud
5. Planificar, organizar y dirigir la ejecución de acciones para el cumplimiento de objetivos y metas asignadas
6. Proporcionar servicios de calidad, que satisfagan las expectativas de los usuarios, brindando atención médica integral de verdadera calidad y con sentido humano, a los usuarios

Funciones principal

1. Proporcionar servicios de salud permanentes e integrales de tipo ambulatorio, emergencia e internamiento en las áreas básicas de atención médica
2. Proponer y apoyar técnicamente la formulación, evaluación y supervisión de normas, guías y protocolos de atención médica
3. Establecer convenios con otras instituciones que ayuden a resolver necesidades de la institución
4. Coordinar con los establecimientos de primer y tercer nivel de salud un efectivo sistema de referencia y retorno
5. Mantener el sistema de información oportuno, veraz, de calidad y actualizado para la toma de decisiones
6. Continuar y fortalecer el desarrollo profesional de los recursos humanos.
7. Promover la provisión y gestión de los servicios de salud en función de mejorar la atención a los usuarios
8. Realizar una ejecución presupuestaria eficiente y eficaz de los recursos financieros asignados a la Institución por parte del Ministerio de Salud, así como de otras fuentes de financiamiento

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE GESTIÓN

Anexo 5

MINISTERIO DE SALUD

Plan Operativo Anual

Año 2013

Programación de Actividades de Gestión

| No. | HOSPITAL NACIONAL DR LUIS EDMUNDO VASQUEZ DE CHALATENANGO | Meta anual | Indicador | Medio de Verificación | Responsables | 1er. Trimestre | | | 2do. Trimestre | | | 3er. Trimestre | | | 4to. Trimestre | | | Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas |
|-------|--|------------|--|---|------------------------------------|----------------|---------|------|----------------|---------|----|----------------|---------|------|----------------|---------|----|--|
| | | | | | | Prog. | Realiz. | % | Prog. | Realiz. | % | Prog. | Realiz. | % | Prog. | Realiz. | % | |
| 1 | Objetivo: Contribuir a disminuir la morbilidad materna neonatal mediante una atención eficaz oportuna y de calidad. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 | Resultado esperado: Disminuir la morbilidad materna en el hospital durante el año 2013. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.1 | Disminuir el índice de cesárea menos en un 22% del total de partos en relación al año previo | 22% | (# de cesáreas realizadas / # total de partos atendidos)*100 | Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS) | Jefe servicio de ginecoobstetricia | 22% | 0% | 22% | 0% | 22% | 0% | 22% | 0% | 22% | 0% | 22% | 0% | Conocimiento y aplicación adecuada del criterio de indicación de cesárea por médico tratante. Indicaciones adecuadas de inducción y conducción de parto. |
| 1.1.2 | Auditoría del 100% de los expedientes a los cuales se le indica cesárea de primera vez para verificar su indicación. | 100% | (# de auditorías realizadas / # total de cesáreas de primera vez realizadas)*100 | Expedientes clínicos | Jefe servicio de ginecoobstetricia | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Conocimiento y aplicación adecuada del criterio de indicación de cesárea por médico tratante. Indicaciones adecuadas de inducción y conducción de parto. |
| 1.1.3 | Capacitación en habilidades obstétricas al personal médico y enfermeras encargadas de atención de embarazadas | 100% | (# de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programadas)*100 | Listas de asistencia a capacitaciones | Comité de educación | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas. |
| 1.1.4 | Realización mensual de simulacros de morbilidades obstétricas. | 12 | # de Simulacros realizados del total programado | Libro de registro de simulacros realizadas | Jefe servicio de ginecoobstetricia | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas. |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|------|---|--|--|------|----|------|----|------|----|------|----|---|
| 1.1.5 | Evaluación trimestral del Sistema de Información Perinatal (SIP). | 4 | Total de Evaluaciones de SIP realizadas / Total de evaluaciones SIP programadas | Libro de actas de evaluaciones y lista de asistencia | Comité de Morbimortalidad materno perineonatal | 1 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% | Disponibilidad de recursos requeridos y conocimiento del uso del SIP para toma de decisiones. |
| 1.1.6 | Reunión mensual de comité hospitalario de morbilidad materno perineonatal. | 12 | Reuniones realizadas / Total de reuniones programadas | Actas de reunión y lista de asistencia | Comité de Morbimortalidad materno perineonatal | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | Disponibilidad de recursos requeridos. |
| 1.2 | Resultado esperado: Disminución de la morbilidad perineonatal e infantil del área geográfica de responsabilidad en el año 2013. | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.1 | 100% de Recién Nacidos que nacen en el hospital evaluados según norma previa al alta. | 100% | (# de recién nacidos evaluados al alta según norma / # de recién nacidos dados de alta del periodo)*100 | Expediente clínico Informe mensual de MCC | Jefe servicio de pediatría | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Conocimiento y aplicación de normativa al alta por parte del médico. |
| 1.2.2 | Realización mensual de simulacros de morbilidades pediátricas y neonatales. | 12 | # de simulacros realizados del total programado | Libro de registro de simulacros realizadas | Jefe servicio de pediatría | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas. |
| 1.2.3 | Notificación de partos intrahospitalarios para su seguimiento en el primer nivel de atención. | 100% | (# total de partos notificados / # total de partos realizados)*100 | SIMMOW | Jefe de ESDOMED | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Información disponible. |
| 1.3 | Resultado esperado: Mejorar la cobertura de atención de parto intrahospitalario de pacientes pertenecientes a la red. | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3.1 | Realización de pasantías hospitalarias a embarazadas en coordinación con el primer nivel de atención. | 12 | Número de pasantías realizadas del total programado | Listas de asistencia | Trabajo social, jefe de obstetricia y directores de UCSF | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | Adecuada coordinación con el SIBASI. |
| 1.3.2 | Solicitar mensualmente el listado de partos a verificar, a los establecimientos de primer nivel del área geográfica de | 100% | (# listados recibido / # total de listados solicitados)*100 | Listado recibido | Jefe de obstetricia y coordinador de SIBASI | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Adecuada coordinación con el SIBASI. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|---------------------------------|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|--|--|
| | responsabilidad. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Objetivo: Establecer mecanismos para favorecer la mejora continua de la calidad en el hospital para el año 2013. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 | Resultado esperado: Disminución del porcentaje de infección de sitio quirúrgico. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.1 | Capacitación al 100% del personal sobre la importancia del lavado de manos y su verificación. | 100% | A. (# personal capacitado / # total de personal a capacitar)*100 B. Porcentaje de personal capacitado que cumple con la normativa | Listado de capacitaciones. Listado de chequeo de lavado de manos | Comité de IAAS | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Disponibilidad de recursos necesarios para la auditoría. | |
| 2.1.2 | Uso de una técnica quirúrgica adecuada y su verificación. | 100% | Porcentaje de personal que cumple con la normativa | Listado de chequeo | Jefatura de sala de operaciones | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Personal debidamente capacitado en técnicas quirúrgicas adecuadas. | |
| 2.1.3 | Cumplimiento de profilaxis con antibiótico según normativa. | 100% | (# de cirugías con antibiótico profilaxis / # total de cirugías)*100 | Expedientes | Comité de IAAS | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Abastecimiento y adecuada utilización de antibiótico terapia. | |
| 2.1.4 | Evaluación mensual del índice de infección de sitio quirúrgico. | 100% | (# evaluaciones realizadas / # evaluaciones programadas)*100 | Informe de evaluación | Comité de IAAS | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Abastecimiento y adecuada utilización de insumos médicos. | |
| 2.2 | Resultado esperado: Disminución de los tiempos de espera en las consultas de primera vez de especialidad en el año 2013. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.1 | Auditoría de expedientes de las cuatro especialidades básicas. | 240 expedientes trimestrales de consulta externa | Número de expedientes auditados del total programado | Lista de chequeo | Jefe de consulta externa | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Disponibilidad de recursos necesarios para la auditoría. | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|---|---|------------------------------------|------|----|------|----|------|----|------|----|---|
| 2.2.2 | Elaborar e implementar un proyecto de desconcentración de consulta de pacientes con enfermedades crónicas hacia establecimientos de salud del primer nivel de atención más cercano para su seguimiento. | 1 | Proyecto en ejecución | Proyecto en ejecución | Jefe de consulta externa | 1 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% | Colaboración de médicos proveedores de consulta externa y coordinación del SIBASI. |
| 2.2.3 | Incrementar en un 10% la consulta de primera vez en relación al año previo | 10% | (# de consultas de primera vez / total de consulta)*100 | Sistema de Programación Monitoreo y Evaluación (SPME) | Jefe de consulta externa | 10 | 0% | 10 | 0% | 10 | 0% | 10 | 0% | Proyecto de desconcentración implementado. |
| 2.3 | Resultado esperado: Disminución de los tiempos de espera en las consultas de emergencia para el año 2013. | | | | | | | | | | | | | |
| 2.3.1 | Implementación del triage a los pacientes que acuden al área de emergencia. | 10 minutos | Tiempo promedio de espera para atención médica en emergencia | Hoja de medición de tiempos en emergencia | Jefe de Emergencia | 10 | | 10 | | 10 | | 10 | | Personal de salud capacitado en Triage. |
| 2.4 | Resultado esperado: Acortar tiempos de espera para cirugía electiva en el año 2013. | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4.1 | Incrementar las cirugías electivas ambulatoria en un 10%, con respecto al año previo. | 10% de cirugías electivas ambulatorias | (# total de cirugías electivas ambulatorias / # total de cirugías electivas realizadas)*100 | Libro de registro de procedimientos de sala de operaciones | Jefe médico de sala de operaciones | 10% | 0% | 10% | 0% | 10% | 0% | 10% | 0% | Adecuada selección del paciente quirúrgico. Disponibilidad de insumos requeridos. |
| 2.4.2 | Eficientizar el uso de los quirófanos con recurso humano disponible. | 100% de aprovechamiento de quirófano | (# total de horas de uso de quirófano / # total de horas quirófano disponible)*100 | Libro de registro de procedimientos de sala de operaciones. Sistema de Programación Monitoreo y Evaluación (SPME) | Jefe médico de sala de operaciones | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Disponibilidad de quirófono e insumos para cirugías electivas. |
| 2.4.3 | Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura al 100% de los procedimientos. | 100% | (# de cirugías con lista de verificación / # total de procedimientos realizados)*100 | Estándar de Calidad de Quirófano | Jefe médico de sala de operaciones | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Conocimiento de la lista de verificación por parte del personal de sala de operaciones. |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------|---|--|---|------|----|------|----|------|----|------|----|--|
| 2.4.4 | Monitoreo de cirugías realizadas y suspendidas. | 12 | # total de monitoreos realizados del total programado | Lista de chequeo | Jefe de Sala de Operaciones | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | Disponibilidad de información necesaria para un adecuado monitoreo. |
| 3 Objetivo: Fortalecimiento del trabajo en red. | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1 | Resultado esperado: Óptimo funcionamiento del sistema de referencia y retorno. | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.1 | Registro adecuado de referencias recibidas. | 100% | (# referencias recibidas registradas en SIMMOW / # referencias recibidas)*100 | Libro de registro de referencias de enfermería. SIMMOW | Enfermera jefe de consulta externa. Epidemiólogo. Jefe médico de consulta externa. Jefe enfermera y médico de emergencias, jefe de residentes | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Adecuado registro de casos de referencia y retorno. Monitoreo por parte de jefaturas de áreas para vigilar cumplimiento. |
| 3.1.2 | Registro adecuado de referencias enviadas a otros establecimientos. | 100% | (# referencias enviadas registradas en SIMMOW / # referencias enviadas)*100 | Libro de registro de referencias de enfermería. SIMMOW | Enfermera jefe de consulta externa. Epidemiólogo. Jefe médico de consulta externa. Jefe enfermera y médico de emergencias, jefe de residentes | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Adecuado registro de casos de referencia y retorno. Monitoreo por parte de jefaturas de áreas para vigilar cumplimiento. |
| 3.1.3 | Monitoreo de retornos de pacientes atendidos según área hospitalaria (consulta externa, emergencia y hospitalización). | 100% | (# de retornos recibidos en el primer nivel de atención / # de retornos emitidos)*100 | Libro de registro de retornos de enfermería | Jefes médicos de servicios | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Adecuado registro de casos de referencia y retorno. Monitoreo por parte de jefaturas de áreas para vigilar cumplimiento. Participación activa de coordinación de SIBASI. |
| 3.1.4 | Reuniones de RIISS para la coordinación, seguimiento y análisis del buen funcionamiento del sistema de referencia y retorno. | 12 | Número de reuniones efectuadas del total programado | Listas de asistencia. Libro de actas de reuniones | Dirección del Hospital | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | Participación activa del Primer Nivel de Atención. |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|------|---|--|---|------|----|------|----|------|----|------|----|---|
| 3.1.5 | Capacitación en patología crónica a personal médico de primer nivel de atención, para su seguimiento. | 100% | (# de recurso médico capacitado / # total de médicos a capacitar)*100 | Libro de registro de capacitaciones realizadas | Jefe de medicina interna y coordinador de SIBASI | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas. Participación activa de coordinación de SIBASI. |
| 3.2 | Resultado esperado: Mejorar el acceso de los pacientes de cambio de sonda vesical al realizarla en el establecimiento de salud más cercano a su domicilio. | | | | | | | | | | | | | |
| 3.2.1 | Capacitación técnica en la colocación adecuada de sonda vesical al personal de primer nivel de atención. | 100% | (# de personal capacitado / # total de personal a capacitar)*100 | Lista de asistencia | Enfermera de IAAS | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Contar con personal capacitado. Interés por parte de los establecimientos de Primer Nivel de Atención para la desconcentración de los procedimientos. |
| 4 | Objetivo: Garantizar el abastecimiento de medicamentos e insumos de acuerdo a la capacidad resolutive del hospital. | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1 | Resultado esperado: Contar con al menos un 85% de abastecimiento de medicamentos e insumos necesarios para brindar la atención al usuario. | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1.1 | Plan de trabajo 2013 de Comité de Farmacovigilancia elaborado. | 1 | Plan de trabajo 2013 elaborado | Plan de trabajo 2013 elaborado | Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros | 1 | 0% | | | | | | | Consignación de tiempo para la realización de las actividades programadas. |
| 4.1.2 | Evaluación mensual de ejecución de plan de trabajo 2013. | 100% | (Actividades del plan 2013 desarrolladas / actividades del plan 2013 programadas)*100 | Informes de evaluaciones | Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | Consignación de tiempo para la realización de las actividades programadas. |
| 4.1.3 | 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 | Informe de monitoreo y supervisiones. | Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | Consignación de tiempo para la realización de las actividades programadas. |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|------|--|--|--|------|----|------|----|------|----|------|----|----|--|
| 4.1.4 | Elaboración de necesidades de medicamentos e insumos de acuerdo a consumos y existencias, perfil epidemiológico y demanda proyectada. | 12 | # de documentos de necesidades realizados del total programado | Documento de necesidades | Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | 3 | 0% | 0% | Contar con un perfil epidemiológico y demanda proyectada para la mejor toma de decisiones y proyección de necesidades de medicamentos e insumos. |
| 4.1.5 | Presentación oportuna de necesidades para compra conjunta de medicamentos e insumos al Nivel Superior. | 1 | # de documentos presentados del total programado | Documento presentado | Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros | | | 1 | 0% | | | | | | Presupuesto para compra de medicamentos e insumos acorde a necesidades. |
| 4.1.6 | Presentación oportuna de necesidades de compra de medicamentos e insumos a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) del Hospital. | 1 | # de solicitudes de compra del total programado | Solicitud de compra | Asesor Médico de Suministros | | | 1 | 0% | | | | | | Presupuesto para compra de medicamentos e insumos acorde a necesidades. |
| 4.1.7 | Proceso de adquisición de medicamentos e insumos por parte de la UACI del hospital (compra local) | 1 | # de procesos realizados del total programado | Expediente de contratación | Jefe de UACI | | | 1 | 0% | 1 | 0% | | | | Presupuesto para compra de medicamentos e insumos acorde a necesidades. |
| 5 | Objetivo: Diseñar e implementar estrategias para lograr la integración, formación y eficiencia del Recurso Humano. | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1 | Resultado esperado: Contar con un plan de formación y capacitación continua que permita el desarrollo del Recurso Humano. | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1.1 | Establecer el inventario de necesidades de capacitación y formación del recurso humano. | 1 | Informe de resultado del inventario | Sección de capacitación | Unidad Formadora de Profesionales (UFP) y/o Recursos Humanos | 1 | 0% | 0 | | 1 | 0% | 0 | | | Adecuada identificación de necesidades de capacitación y formación. |
| 5.1.2 | Diseñar y ejecutar el plan de capacitación continua del recurso humano para el año 2013. | 100% | (# de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programadas)*100 | Libro de registro de capacitaciones realizadas | Unidad Formadora de Profesionales (UFP) y/o Recursos Humanos | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 100% | 0% | 0% | Que las direcciones de hospitales y de recursos humanos autoricen el plan de capacitación. |
| 6 | Objetivo: Disminuir la mortalidad general intrahospitalaria. | | | | | | | | | | | | | | |

| 6.1 | Resultado esperado: Disminuir la mortalidad hospitalaria en un 5%. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|------|--|--|--|------|--|----|------|--|----|------|--|----|------|--|----|---|
| 6.1.1 | Auditoria al 100% de expedientes con mortalidad, para evitar la omisión de pasos en el proceso de atención en pacientes críticos | 100% | Mortalidad hospitalaria | Expedientes clínicos y actas de verificación | Comité de mortalidad hospitalaria | 100 | | 0% | 100 | | 0% | 100 | | 0% | 100 | | 0% | No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas. |
| 6.1.2 | Retroalimentar al personal médico y de enfermería en patologías con alta letalidad (intoxicaciones, cardiopatías, Diabetes Mellitus, etc.) | 100% | (# de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programadas)*100 | Listas de asistencia a capacitaciones | Comité de educación | 100% | | 0% | 100% | | 0% | 100% | | 0% | 100% | | 0% | No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas. |
| 6.1.3 | Capacitar al personal médico y de enfermería en cursos de atención de pacientes críticos (NALS, STABLE, BLS, RCP, etc.) | 100% | (# de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programadas)*100 | Listas de asistencia a capacitaciones | Comité de educación | 100% | | 0% | 100% | | 0% | 100% | | 0% | 100% | | 0% | No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas. |
| 6.1.4 | Garantizar la existencia de medicamentos e insumos básicos esenciales para el manejo de paros cardio respiratorios. | 100% | Abastecimiento de medicamentos en áreas críticas de atención | Listas de chequeo | Comité de farmacoterapia. Jefas enfermeras de unidad. Jefe médico del área | 100% | | 0% | 100% | | 0% | 100% | | 0% | 100% | | 0% | Cumplimiento por parte de proveedores en el tiempo establecido. |
| 6.1.5 | Auditoria de morbimortalidad extrema materno neonatal al 100% de casos | 100% | Abastecimiento de medicamentos en áreas críticas de atención | Listas de chequeo | Comité de farmacoterapia. Jefas enfermeras de unidad. Jefe médico del área | 100% | | 0% | 100% | | 0% | 100% | | 0% | 100% | | 0% | Cumplimiento por parte de proveedores en el tiempo establecido. |

INDICADORES DE HOSPITALARIOS

Anexo 6

| INDICADORES DE GESTIÓN | META ANUAL 2013 |
|---|-----------------|
| Tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada (días) | |
| Medicina Interna | 60 |
| Cirugía | 60 |
| Ginecología | 30 |
| Obstetricia | 15 |
| Pediatría | 15 |
| Cirugía electiva | |
| Porcentaje de Cirugías electivas canceladas | 12 |
| Tiempo promedio de espera para cirugía electiva (Días) | 45 |
| Cesáreas | |
| Porcentaje de Cesáreas | 22 |
| Infecciones Nosocomiales | |
| Porcentaje infecciones intrahospitalarias | 0.5 |
| Pacientes recibidos de otras instituciones | |
| Número total de pacientes recibidos para atención de Consulta Médica Especializada | 525 |
| Número total de pacientes recibidos para la atención del Parto | 996 |
| Número total de pacientes recibidos para Hospitalización No Quirúrgica | 2217 |
| Número total de pacientes recibidos para la realización de procedimientos quirúrgicos | 894 |
| Número total de pacientes recibidos de otras Instituciones | 4632 |
| Abastecimiento de Medicamentos | |
| Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%) | 82 |
| MEDICINA INTERNA, Hospitalización | |
| Porcentaje de ocupación | 85 |
| Promedio días estancia | 4.6 |
| Intervalo de sustitución | 0.8 |
| Rotación cama | 56 |
| CIRUGÍA, Hospitalización | |
| Porcentaje de ocupación | 85 |
| Promedio días estancia | 5.1 |
| Intervalo de Sustitución | 1.2 |
| Rotación Cama | 45 |
| PEDIATRÍA, Hospitalización | |
| Porcentaje de ocupación | 85 |
| Promedio días estancia | 3 |
| Intervalo de Sustitución | 1.2 |
| Rotación Cama | 69 |
| GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, Hospitalización | |
| Porcentaje de ocupación | 85 |
| Promedio días estancia | 3.6 |
| Intervalo de Sustitución | 0.6 |
| Rotación Cama | 65 |
| NEONATOLOGIA, Hospitalización | |
| Porcentaje de ocupación | 85 |
| Promedio días estancia | 3.8 |
| Intervalo de Sustitución | -0.2 |
| Rotación Cama | 45 |
| OTROS (BM, ISSS), Hospitalización | |
| Porcentaje de ocupación | 85 |
| Promedio días estancia | 3.1 |
| Intervalo de Sustitución | 2.2 |
| Rotación Cama | 58 |