

**MINISTERIO DE SALUD**  
**Plan Operativo Anual Hospitalario**  
**Año 2016**

**Denominación, Naturaleza y Funciones del Hospital**

<b>HOSPITAL</b>		Hospital Nacional Ciudad Barrios SM "Mons. Oscar Arnulfo Romero"
<b>MISIÓN</b>		<i>Somos un Hospital Nacional Básico que brinda servicios de salud a la población del área geográfica de responsabilidad. Con calidad y calidez de forma eficiente, garantizando a los habitantes la cobertura de los servicios oportunos e integrales con equidad para contribuir a lograr la mejora de la salud de los usuarios/as.</i>
<b>VISIÓN</b>		<i>Ser una institución hospitalaria que responda a las necesidades de la población que atendemos y que brinde servicios integrales con calidad y calidez para la conservación y restablecimiento de la salud de nuestros usuarios haciendo uso de la referencia, retorno e interconsulta oportuna en coordinación con el primer y tercer nivel de atención.</i>
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	1	<b>Dirigir el funcionamiento del Hospital a través de la aplicación de normativas y documentos regulatorios, en el marco de la Política Nacional de Salud, para cumplimiento de los objetivos del MINSAL</b>
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	1	Cumplir y hacer cumplir las Leyes, reglamentos e instrumentos técnicos jurídicos, establecidos por el Titular Del MINSAL, a través de la Dirección Nacional de Hospitales.
	2	Establecer y cumplir la atención médica propia del Hospital Básico y de acuerdo al perfil epidemiológico de Este nivel
	3	Cumplir con catálogo de prestación de servicios propio de la categoría en los procesos de atención médico Quirúrgica, para los casos de emergencia, hospitalización y consulta externa.
	1	Atención de pacientes que requieran servicios en salud de forma espontánea ya sea hospitalaria o ambulatoria, y los que sean referidos por otros niveles de atención en las cuatro especialidades básicas, para resolverles sus Problemas de salud.

**FUNCIONES  
PRINCIPALES**

2	Planificar, ejecutar y evaluar de manera conjunta en función de las RIISS para definir intervenciones que Contribuyan a la calidad en el continuo de la atención.
3	Referir al tercer nivel aquellos casos que por su complejidad requieran una atención altamente especializada, Cumpliendo las normas y protocolos establecidos para el manejo adecuado del mismo
4	Gestionar la dotación de recursos para las diferentes áreas.
5	Trabajar coordinadamente en base al Sistema de Emergencias Médicas.
6	Recabar, publicar, difundir y actualizar la información pública oficiosa y propiciar que las entidades responsables Las actualicen trimestralmente
7	Ejercer la representación legal del Hospital y hacer cumplir las disposiciones legales relacionadas con el quehacer Hospitalario
8	Elaborar informes y otros requerimientos sobre los servicios que proporciona el Hospital que Soliciten los Titulares y la Dirección Nacional de Hospitales

Fuente: Manual de Organización y Funcionamiento



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL:

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES

2016

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Octubre	Nov	Dic	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
Medicina Interna	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	80	938
Obstetricia	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	185	2176
Pediatría	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102	108	1230
<b>Otros Egresos</b>													
Bienestar Magisterial	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	12	45
Emergencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10
<b>Partos</b>													
Partos vaginales	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	119	1340
Partos por Cesáreas	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	32	362
<b>Cirugía Mayor</b>													
Electivas para Hospitalización	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	40	392
Electivas Ambulatorias	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	7	40
De Emergencia para Hospitalización	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	45	430
De Emergencia Ambulatoria	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	10	32
<b>Medicina Crítica</b>													
<b>Unidad de Emergencia</b>													
Admisiones	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3600
Transferencias	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	74	800
<b>Unidad de Máxima Urgencia</b>													
Admisiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Transferencias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Servicios Intermedios</b>													
<b>Diagnostico</b>													
<b>Imagenología</b>													
Radiografías	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	9000
Ultrasonografías	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141	149	1700
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>													
Electrocardiogramas	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	43	450
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>													
Cirugía Menor	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	24	200
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	333	333	333	333	333	333	333	333	333	333	333	337	4000
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	4604	4604	4604	4604	4604	4604	4604	4604	4604	4604	4604	4606	55250





MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL:

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES

2016

	<b>Enero</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Sep</b>	<b>Octubre</b>	<b>Nov</b>	<b>Dic</b>	<b>Total</b>
Actividades	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.
Kilómetros Recorridos	<b>9166</b>	<b>9166</b>	<b>9166</b>	<b>9166</b>	<b>9166</b>	<b>9166</b>	<b>9166</b>	<b>9166</b>	<b>9166</b>	<b>9166</b>	<b>9166</b>	<b>9174</b>	<b>110000</b>

Fuente de Datos: SPME







# MINISTERIO DE SALUD

## Plan Operativo Anual

Año 2016

### Compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados

Hospital:

Período evaluado:

	<b>Resultado esperado</b> (según formulario Programación anual y Seguimiento)	<b>Factor o situación</b> que impidió la realización de la meta	<b>Medidas a adoptar</b>	<b>Antes de</b> (qué fecha)	<b>Responsable</b>
1	Disminuir el índice de parto operatorio del 32% al 27%	Morbilidades asociadas al embarazo	Auditoria del 100% de expedientes clinicos se cesareas de primera vez	01/abr/2106	Jefe de gineco-obstetricia
2	Mejorar la calidad de atención especializada a los usuarios	Plazas vacantes no llenadas (por no estar certificadas ) Falta de signacion de mas nombramientos	Gestionar la contratacion de medicos especialistas	01/abr/2106	Direccion hospitalaria
3	Aumentar la cirugia mayor ambulatoria y mejorar el registro.	Bajo numero de pacientes que reunen requisitos	Promocion de jornadas quirurgicas. Que los cirujanos y ginecologos asuman su responsabilidad el programa. Revisar conceptos sobre cuales son las CMA por parte de personal de enfermeria y medicos	01/junio/2016	Jefes de Sala de Operaciones
4	Cumplimiento parcial de acuerdos tomados en RISS intermunicipal	Referencia por diagnosticos inadecuados y cobertura inadecuada de medicamentos e insumos medicos	Cumpliento de acuerdos tomados en reuniones gerenciales de RISS inetermunicipal	01/abr/2016	Coordinadores de RISS intermunicipal
5	Cumplimiento parcial de reuniones gerenciales de los diferentes comites de apoyo a la gestion hospitalaria	Reuniones extraordinarias que afectan el calendario de programacion	Cumplimiento de cronograma anual aun si se ve afectado el calendario de reuniones	01/abr/2016	UOC
6	Insuficiente recurso humano de enfermeria para Consulta externa, hospitalizacion y Emergencia	Disminucion de la calidad en la atencion directa al paciente	Contratacion del personal necesario (44 recursos)	01/abr/2016	Direccion hospitalaria

# MINISTERIO DE SALUD

Plan Operativo Anual

Año 2016

## Compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados

Hospital:

Período evaluado:

	<b>Resultado esperado</b> <small>(según formulario Programación anual y Seguimiento)</small>	<b>Factor o situación</b> que impidió la realización de la meta	<b>Medidas a adoptar</b>	<b>Antes de</b> <small>(qué fecha)</small>	<b>Responsable</b>
7	Asignacion presupuestaria insuficiente para el gasto anual requerido por el establecimiento	Disminucion de la calidad en la atencion directa al paciente	Gestionar asignacion presupuestaria que cubra la necesidad real	01/abr/2016	Direccion hospitalaria
8	Cobertura insuficiente de Médicos Consultantes	Falta de asignacion de mas nombramientos y sobre carga laboral administrativa al personal que realiza turnos rotativos	Mejorar la calidad de atención a los usuarios	01/abr/2016	Direccion hospitalaria

---

Firma (Responsable de la Dependencia)

---

Fecha de elaboración

MINISTERIO DE SALUD

Plan Operativo Anual

Año 2016

Programación de Actividades de Gestión

No.	HOSPITAL: "MOAR y G" de Ciudad Barrios	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			2do. Trimestre			3er. Trimestre			4to. Trimestre			Observaciones	Compromiso
						Pro g.	Real iz	%	Prog.	Realiz	%	Prog.	Realiz	%	Prog.	Realiz	%		
1	Objetivo: Contribuir a disminuir la morbilidad materno neonatal mediante una atención eficaz oportuna y de calidad.																		
1,1	Resultado esperado: Disminuir la morbilidad materna en el hospital durante el año 2016.																		
1.1.1	Disminuir el índice de cesárea al menos en un 5% del total de partos en relación al año previo	27%	(# de cesáreas realizadas / # total de partos atendidos)*100	Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS)	Jefe servicio de ginecoobstetricia	27	30	111%	27%	26	96.7%	27%	26,95	96.7%	27%	27,00 %	96.7%	Se ha realizado mayor numero de cesáreas de las programadas	Auditoria de los expedientes clínicos de cesárea de primera vez por ginecólogo asignado
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 Ginecobstetricia	48	34	71%	47%	47%	100%	40	40	100%	51	51	100%	Se completó las auditorias en el tercer y cuarto trimestre	Continuar auditorias según los casos que se presenten

1.1.3	Capacitación a personal del primer nivel de atención sobre detección de riesgos obstétricos para referencia oportuna.	40	# de recurso médico y enfermería capacitado / # total de médicos y enfermeras a capacitar	Libro de registro de capacitaciones realizadas	Jefe de Ginecología y coordinador de SIBASI	10	0	0%	10	0%	0%	10	0	0%	57	57	100%	Capacitación realizada en el cuarto trimestre	
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 Ginecología	3	3	100%	3	3	100%	3	1	33%	3	1	33%	Cumplimiento según meta	
1.1.5	Evaluación trimestral del Sistema de Informático 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	0%	1	0	0%	1	0	0%	1	1	100%	Realización en el cuarto trimestre	
1.1.6	Reunión mensual de comité hospitalario de la salud materno perineonatal.	12	Reuniones realizadas / Total de reuniones programadas	Actas de reunión y lista de asistencia	Comité de salud materno perineonatal	3	0	0%	3	0	0%	3	0	0%	3	0	0%	Pendiente de realización	Iniciar actividades
1.1.7	Colocación de DIU a paciente postparto y post evento obstétrico, principalmente en mujeres menores de 30 años	62	# de DIU colocados / # de DIU programados	Libro de registro de inserción de DIU	Jefe servicio de Ginecología	15	25	166%	15	13%	86%	16	18	112%	16	17	106%	Cumplimiento arriba de la meta programada	
1.1.8	Jornada anual de esterilización quirúrgica a mujeres con paridad satisfecha	1	Jornada programada/ No. jornadas realizadas	Libro de registro de cirugías	Jefe servicio de Ginecología										1	1	100%	Según calendario se realizará en el segundo trimestre	Realizada

1.1.9	Monitoreo del manejo según normativas de pacientes gestantes con IVU y Vaginosis con derivación oportuna para tratamiento de la enfermedad periodontal	12	# de casos manejados según normativa/# de casos presentados	Expediente clínico	Jefe servicio de ginecoobstetricia	3	3	100%	3	3	100%	15	15	100%	19	19	100%	Cumplimiento según meta	Continuar según programación
1.1.10	Fortalecimiento de la operatividad de la clínica preconcepcional	144	# de casos manejados /# de casos programados	Expediente clínico e informe de pacientes atendidas	Ginecólogo encargado del programa y enfermera asignada	36	16	44%	36	29	81%	36	30	81%	36	25	69%	Reprogramar meta	Se reprogramará meta para el siguiente año
1.1.11	Verificación de aplicación de los lineamientos de código rojo y amarillo	100%	# de casos manejados /# de casos presentados	Informes escrito de casos presentados	Jefe servicio de ginecoobstetricia	4	4	100%	6	6	100%	2	2	100%	0	0	100%	Cumplimiento según meta	
<b>1,2</b>	<b>Resultado esperado: Disminución de la morbilidad perineonatal e infantil del área geográfica de responsabilidad en el año 2015.</b>																		
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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta	
1.2.2	Capacitación a personal del primer nivel de atención sobre detección de riesgos obstétricos que afectan a feto y signos de riesgo para recién nacido para referencia oportuna.	40	# de recurso médico capacitado / # total de médicos a capacitar	Libro de registro de capacitaciones realizadas	Jefe de obstetricia y coordinador de SIBASI	10	0	0%	10	0	0%	10	0	0%	57	57	100%	Cumplimiento según meta	
1.2.3	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	2	67%	3	2	67%	3	1	33%	3	2	66%		

1.2.4	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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta	
<b>1,3</b>	<b>Resultado esperado: Mantener la cobertura de atención de parto intrahospitalario de pacientes pertenecientes a la red.</b>																		
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 / Numero de pasantías realizadas	Listas de asistencia	Trabajo social, jefe de obstetricia y directores de UCSF	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	Cumplimiento según meta	
<b>2</b>	<b>Objetivo: Establecer mecanismos para favorecer la mejora continua de la calidad en el hospital para el año 2016.</b>																		
<b>2,1</b>	<b>Resultado esperado: Disminución del porcentaje de infección de sitio quirúrgico.</b>																		
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	25%	0%	0%	23	23	100%	127	127	100%	0	0	0%	Se espera iniciar las actividades en el segundo trimestre	Actividades realizadas en el segundo y tercer trimestre
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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta	

2.1.3	Cumplimiento de profilaxis con antibiótico según normativa.	100%	(# de cirugías con antibiótico profilaxis / # total de cirugías)*100	Expedientes	Comité de IAAS	###	80%	80%	100%	100%	100%	100%	80%	80%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta
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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta
<b>2,2</b>	<b>Resultado esperado: Disminución de los tiempos de espera en las consultas de primera vez de especialidad en el año 2015.</b>																	
2.2.1	Auditoría de expedientes de las cuatro especialidades básicas.	2 cantidad de expedientes mensuales por especialidad	Número de expedientes auditados del total programado	Lista de chequeo	Jefe de consulta externa	24	0%	0%	24	0%	0%	24	0%	0%	24	0%	0%	Pendiente de realización
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	1%	100%				Realizado



<b>2,3</b>	<b>Resultado esperado: Disminución de los tiempos de espera en las consultas de emergencia para el año 2015.</b>																		
2.3.1	Mantenimiento 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	100	10	10	100	10	10	100	10	10	100	Cumplimiento según meta	
<b>2,4</b>	<b>Resultado esperado: Acortar tiempos de espera para cirugía electiva en el año 2015.</b>																		
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 realizadas / # total de cirugías electivas ambulatorias programadas)*100	Libro de registro de procedimientos de sala de operaciones hoja de hospital de día	Jefe médico de sala de operaciones	###	9%	82%	10%	20%	150%	10%	20%	188%	10%	23%	222%	Cumplimiento según meta	
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	50%	50%	100%	63%	63%	100%	63%	63%	100%	63%	63%	100%	No se ha realizado la meta programada	Se ha programado un día específico de realización de 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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta	

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	###	###	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta	Continuar según programación
<b>3</b>	<b>Objetivo: Fortalecimiento del trabajo en red.</b>																			
<b>3,1</b>	<b>Resultado esperado: Óptimo funcionamiento del sistema de referencia y retorno.</b>																			
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.	###	###	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta
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	Jefes de servicio. Epidemiólogo. Enfermera jefe de hospitalización.	###	###	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta
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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	No se ha logrado recopilar los datos desde el primer nivel de atención

3.1.4	Reuniones de RISS 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	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	Cumplimiento según meta		
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	23	23	100%				29	29	100%	51	51	100%	Cumplimiento según meta		
4	<b>Objetivo: Garantizar el abastecimiento de medicamentos e insumos de acuerdo a la capacidad resolutive del hospital.</b>																			
4.1	<b>Resultado esperado: Contar con al menos un 85% de abastecimiento de medicamentos e insumos necesarios para brindar la atención al usuario.</b>																			
4.1.1	Plan de trabajo 2016 de Comité de Farmacovigilancia elaborado.	1	Plan de trabajo 2016 elaborado	Plan de trabajo 2016 elaborado	Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros	###	###	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta	Continuar según programación
4.1.2	Evaluación bimensual de ejecución de plan de trabajo 2016.	100%	(Actividades del plan 2016 desarrolladas / actividades del plan 2016 programadas)*100	Informes de evaluaciones	Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros	###	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	Evaluación en el segundo y tercer trimestre	

4.1.3	Monitoreo y supervisan 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	###	###	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta		
4.1.4	Elaboración de necesidades de medicamentos e insumos de acuerdo a consumos y existencias, perfil paremiológico y demanda proyectada.	2	# de documentos de necesidades realizados del total programado	Documento de necesidades	Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros	###	###	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta	
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	###	###	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta	
<b>5</b>	<b>Objetivo: Diseñar e implementar estrategias para lograr la integración, formación y eficiencia del Recurso Humano.</b>																				
<b>5.1</b>	<b>Resultado esperado: Contar con un plan de formación y capacitación continua que permita el desarrollo del Recurso Humano.</b>																				
5.1.1	Establecer el inventario de necesidades de capacitación y formación del recurso humano.	1	Informe de resultado del inventario	Sección de capacitación	Jefe de Recursos Humanos	###	###	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta	
5.1.2	Diseñar y ejecutar el plan de capacitación continua del recurso humano para el año 2016.	100%	(# de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programadas)*100	Libro de registro de capacitaciones realizadas	Jefe de Recursos Humanos	###	###	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta	

6	Objetivo: Disminuir la mortalidad general intrahospitalaria.																		
6,1	Resultado esperado: Disminuir la mortalidad hospitalaria en un <b>2%</b> .																		
6.1.1	Auditoria al 50% de expedientes con mortalidad, para evitar la omisión de pasos en el proceso de atención en pacientes críticos	50%	Mortalidad hospitalaria	Expedientes clínicos y actas de verificación	Comité de mortalidad hospitalaria	5	5	100%	10	10	100%	10	10	100%	8	8	100%	Cumplimiento según meta	
6.1.2	Retro alimentar al personal médico y de enfermería en patologías con alta letalidad (intoxicaciones, cardiopatías, Diabetes Mellitus, Salud Mental, Tuberculosis, VIH, Dengue, Enfermedad de Chagas, Violencia de Genero y enfermedades de vigilancia epidemiologica, etc.)	100%	(# de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programadas)*100	Listas de asistencia a capacitaciones	Comité de educación	###	###	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta	
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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta	
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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento según meta	

7	<b>Objetivo: Brindar atención en salud con calidad y calidez al usuario.</b>																			
7,1	<b>Resultado esperado: Disminución de quejas y denuncias por mala atención al usuario y sensibilización del personal</b>																			
7.1.1	Capacitar al 100% del personal del hospital sobre lineamientos y funcionamiento de la Oficina por el Derecho a la Salud socializarlo con los usuarios	100%	No. de personal capacitado/No de personal programado	Libro de actas y quejas recibidas	Oficina por el Derecho de la Salud	25	25	100%	25	25	100%	25	25	100%	25	25	100%	Cumplimiento según meta		
8	<b>Objetivo: Implementación de la Unidad de Atención para Adolescentes y Jóvenes</b>																			
8,1	<b>Resultado esperado: Atención integral en salud al adolescente y joven.</b>																			
8.1.1	Implementación de la atención en salud al paciente y adolescente y joven según normativas vigentes	264	No. de pacientes atendidos/No de pacientes atendidos	Libro de actas y quejas recibidas	Oficina por el Derecho de la Salud	60	4	7%	60	6	10%	60	17	28%	60	13	22%	Se atienden menos casos de los esperados	Reprogramar meta para el año 2017	
9	<b>Objetivo: Incrementar el índice de seguridad de los establecimientos de salud ante situaciones de emergencias y desastres.</b>																			
9,1	<b>Resultado esperado: Seguimiento a la evaluación del índice de seguridad para enfrentar emergencias y desastres</b>																			
9.1.1	Plan de trabajo funcional del comité de emergencias y desastres	1	Elaboración de Plan / plan Operativo realizado	Informes de avances trimestrales	Comité de Emergencias y Desastres	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	Cumplimiento según meta		

9.1.2	Ejecución de simulacro de evento externo para medir capacidad resolutive	1	Simulacro realizado	Informe de evaluación	Comité de Emergencias y Desastres			0%			0%			0%			0%	No se ha realizado.	
9	Objetivo: Mantener la Protección del Medio Ambiente																		
9.1	Resultado esperado: Contribuir a la protección y mejoramiento del medio ambiente																		
9.1.1	Plan de trabajo funcionante del comité	1	Elaboración de Plan / plan Operativo realizado	Informes de avances	Comité de Gestión Ambiental	1	1	100	1	1	100	1	1	100	1	1	100	Cumplimiento según meta	Cumplimiento según programación
9.1.2	Aprobación de Diagnostico Ambiental del Hospital	1	Diagnóstico Aprobado	Informe de evaluación	Comite de Gestión Ambiental										0%	0%	0%	Depende de gestión externa con asignación de fondos para consultor	Pendiente de aprobación























