

Datos Generales del Hospital

Nombre del Hospital: *Hospital Nacional Ciudad Barrios "Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez"*

Dirección: *Final 6ta Av. Norte Barrio Roma, Ciudad Barrios*

Teléfono: *27922200*

Fax: *26841500*

E-mail: *hospcbarríos@gmail.com*

Nombre de la Directora o del Director: *Dra. Mayela del Socorro Carballo Portillo*

Fecha de aprobación de la POA 2018: *31 de Diciembre de 2017*

Dra. Mayela del Socorro Carballo Portillo
Director del Hospital Nacional Rosales

Dr. Helman Homero Turcios Zelaya
Coordinador de Planificación

MINISTERIO DE SALUD
Plan Operativo Anual Hospitalario
Año 2018

Denominación, Naturaleza y Funciones del Hospital

HOSPITAL	HOSPITAL NACIONAL “ MONSEÑOR OSCAR ARNULFO ROMERO Y GALDAMEZ” DE CIUDAD BARRIOS	
MISIÓN	<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>	
VISIÓN	<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>	
OBJETIVO GENERAL	Dirigir el funcionamiento del Hospital a través de la aplicación de normativas y documentos regulatorios, en el marco de la Política Nacional de Salud, PEI, para cumplimiento de los objetivos del MINSAL.	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	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, capitalización y consulta externa.
	4	Brindar atenciones curativas y de rehabilitación a la población del AGI correspondiente
FUNCIONES PRINCIPALES	1	Atender bajo diferentes protocolos a los usuarios maternos-perineonatales, Cirugía General , Medicina Interna y Pediatría
	2	Atender al 100% las referencias solicitadas al establecimiento
	3	Ejecutar al 100% asignación presupuestaria y reflejar la necesidad real requerida
	4	Monitoreo trimestral del Plan Anual Operativo y toma de decisiones precisas para lograr el fiel cumplimiento según las metas programadas

Fuente: Manual de Organización y Funcionamiento

MINISTERIO DE SALUD
Hospital: "MOAR Y G" de Ciudad Barrios
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES
2018

Actividades	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.							
Servicios Finales													
Consulta Externa Médica													
General													
Medicina General	333	333	333	333	333	333	333	333	333	333	333	337	4000
Especialidades													
Especialidades Básicas													
Medicina Interna	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	3000
Cirugía General	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1440
Pediatría General	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	1500
Ginecología	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	111	1277
Obstetricia	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	173	180	2083
Emergencias													
De Medicina Interna													
Medicina Interna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
De Cirugía													
Cirugía General	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	54	582
De Pediatría													
Pediatría Gral.	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	99	1100
De Gineco-Obstetricia													
Ginecología	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	8	52
Obstetricia	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	600
Otras Atenciones													
Consulta Emergencia													
Bienestar Magisterial	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	11	110

MINISTERIO DE SALUD
Hospital: "MOAR Y G" de Ciudad Barrios
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES
2018

Actividades	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.							
De Emergencia para Hospita	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	29	315
De Emergencia Ambulatoria	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
Medicina Critica													
Unidad de Emergencia													
Admisiones	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	355	4205
Transferencias	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	82	940
Servicios Intermedios													
Diagnostico													
Imagenología													
Radiografías	775	775	775	775	775	775	775	775	775	775	775	775	9300
Ultrasonografías	144	144	144	144	144	144	144	144	144	144	144	144	1728
Anatomía Patológica													
Biopsias Cuello Uterino	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	8	52
Biopsias Mama	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	25
Biopsias Otras partes del cu	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	6	50
Otros Procedimientos													
Diagnósticos													
Electrocardiogramas	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	32	340
Tratamiento y Rehabilitación													
Cirugía Menor	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	37	400
Fisioterapia (Total de sesion	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	412	4900
Inhaloterapias	833	833	833	833	833	833	833	833	833	833	833	837	10000
Receta Dispensada de Const	4166	4166	4166	4166	4166	4166	4166	4166	4166	4166	4166	4174	50000

MINISTERIO DE SALUD
Hospital: "MOAR Y G" de Ciudad Barrios
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES
2018

Actividades	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.							
Hospitalización	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	63	657
Emergencia	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	76	846
Referido / Otros	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	600
Bioquímica													
Consulta Externa	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	7200
Hospitalización	1166	1166	1166	1166	1166	1166	1166	1166	1166	1166	1166	1174	14000
Emergencia	925	925	925	925	925	925	925	925	925	925	925	925	11100
Referido / Otros	767	767	767	767	767	767	767	767	767	767	767	778	9215
Banco de Sangre													
Consulta Externa	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	41	415
Hospitalización	166	166	166	166	166	166	166	166	166	166	166	174	2000
Emergencia	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	62	700
Referido / Otros	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	53	515
Urianálisis													
Consulta Externa	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	81	895
Hospitalización	208	208	208	208	208	208	208	208	208	208	208	212	2500
Emergencia	308	308	308	308	308	308	308	308	308	308	308	312	3700
Referido / Otros	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	79	915
Servicios Generales													
Alimentación y Dietas													
Hospitalización													
Medicina	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	1188
Cirugía	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	25	234
Ginecología	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	21	230

MINISTERIO DE SALUD
Hospital: "MOAR Y G" de Ciudad Barrios
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES
2018

Actividades	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.							
Obstetricia	484	484	484	484	484	484	484	484	484	484	484	486	5810
Pediatría	295	295	295	295	295	295	295	295	295	295	295	297	3542
Neonatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros (Convenios)	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	20	174
Lavandería													
Hospitalización													
Medicina	1220	1220	1220	1220	1220	1220	1220	1220	1220	1220	1220	1220	14640
Cirugía	577	577	577	577	577	577	577	577	577	577	577	580	6927
Ginecología	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	142	1671
Obstetricia	3379	3379	3379	3379	3379	3379	3379	3379	3379	3379	3379	3385	40554
Pediatría	452	452	452	452	452	452	452	452	452	452	452	460	5432
Neonatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros (Convenios)	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	65	670
Consulta													
Consulta Médica General	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
Consulta Médica Especializa	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	133	1585
Emergencias													
Emergencias	826	826	826	826	826	826	826	826	826	826	826	828	9914
Mantenimiento Preventivo													
Números de Orden	258	258	258	258	258	258	258	258	258	258	258	262	3100
Transporte													
Kilómetros Recorridos	9166	9166	9166	9166	9166	9166	9166	9166	9166	9166	9166	9174	110000

MINISTERIO DE SALUD
Hospital: "MOAR Y G" de Ciudad Barrios
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES
2018

	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Actividades	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.	Prog.

Fuente de Datos: SPME

MINISTERIO DE SALUD

Plan Operativo Anual

Año 2018

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			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Prog.	Reali.	%										
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 2018.																	
1.1.1	Disminuir el índice de cesárea al menos en un 2% del total de partos en relación al año previo	26 %	(# de cesáreas realizadas / # total de partos atendidos)*100	Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS)	Jefe servicio de Ginecoobstetricia	26	31	119%	26	26	100%	26	32,5	125%	26	26,5	102%	Los resultados esperados es que sean valores menores al 26%
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	59	51	86%	38	38	100%	48	31	65%	46	46	100%	Pendiente de realización el mes de septiembre
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 Ginecoobstetricia y coordinador de SIBASI	10	0	0%	10	0	0%	10	20	200%	10	0	0%	Re programación(4 septiembre se realizara la primera capacitación
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	3	100%	3	0	0%	3	3	100%	3	2	67%	
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	1	100%	1	0	0%	1	1	100%	
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	1	33%	3	2	67%	3	2	67%	3	1	33%	Las auditorias han sido la base de las reuniones del comité

1.1.7	Colocación de DIU a paciente postparto y post evento obstétrico, principalmente en mujeres menores de 30 años	72	# de DIU colocados / # de DIU programados	Libro de registro de inserción de DIU	Jefe servicio de Ginecoobstetricia	18	12	67%	18	7	39%	18	23	128%	18	10	56%	
1.1.9	Monitoreo del manejo según normativas de pacientes gestantes con IVU y Vaginosis con derivación oportuna para tratamiento de la enfermedad periodontal	10	# de casos manejados según normativa/# de casos presentados	Expediente clínico	Jefe servicio de Ginecoobstetricia	30	30	100%	30	30	100%	30	30	100%	30	30	100%	
1.1.10	Mantenimiento de 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	41	114%	37	41	111%	37	39	105%	37	56	151%	
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	5	5	100%	1	1	100%	2	2	100%	1	1	100%	
1.2	Resultado esperado: Disminución de la morbilidad perineonatal e infantil del área geográfica de responsabilidad en el año 2018.																	
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	263	263	100%	257	257	100%	259	259	100%	260	260	100%	
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	20	200%	10	0	0%	Se le realizará en el segundo semestre
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	4	133%	3	3	100%	3	3	100%	

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	262	262	100%	258	258	100%	259	259	100%	259	259	100%	
1.2.5	Funcionamiento del programa mamá canguro	24	# de atenciones programadas / # de atenciones realizadas	Libro de registro	Medico pediatra jefa	6	0	0%	6	0	0%	6	0	0%	6	0	0%	No se presentaron casos
1.3 Resultado esperado: Mantener 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 / Numero de pasantías realizadas	Listas de asistencia	Trabajo social, jefe de obstetricia y directores de UCSF	2	2	100%	0	0	0%	0	0	0%	1	1	0%	No hubo pasantías programadas en el tercer trimestre trimestre.
2 Objetivo: Establecer mecanismos para favorecer la mejora continua de la calidad en el hospital para el año 2018.																		
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.	184	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	46	95	207%	46	60	130%	35	35	100%				La meta se completó el 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	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	
2.1.3	Cumplimiento de profilaxis con antibiótico según normativa.	100 %	(# de cirugías con antibiótico profilaxis / # total de cirugías)*100	Expedientes	Comité de IAAS	79	71	90%	197	174	88%	215	140	65%	123	93	76%	
2.1.4	Evaluación mensual del índice de infección de sitio quirúrgico.	12	(# evaluaciones realizadas / # evaluaciones programadas)*100	Informe de evaluación	Comité de IAAS	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	Meta Cumplida
2.2 Resultado esperado: Disminución de los tiempos de espera en las consultas de primera vez de especialidad en el año 2018.																		

2.2.1	Auditoría de expedientes de las cuatro especialidades básicas.	5 cantidad de expedientes mensuales por especialidad	Número de expedientes auditados del total programado	Lista de chequeo	Jefe de consulta externa	10	0	0%	10	0	0%	10	0	0%	10	0	0%	Se retomará en el año 2019
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	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	Pendiente de realización, no se ha podido coordinar con SIBASI San Miguel, se espera reiniciar el año 2019
2.3 Resultado esperado: Disminución de los tiempos de espera en las consultas de emergencia para el año 2018.																		
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%	Meta Cumplida
2.4 Resultado esperado: Acortar tiempos de espera para cirugía electiva en el año 2018.																		
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	6	7	117%	6	29	483%	6	18	300%	6	17	283%	
2.4.2	Eficienzar el uso de los quirófanos para cirugía electiva con recurso humano disponible.	65% de aprovechamiento de quirófanos	(# 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	100	100%	100	100	100%	430	220	51%	320	220	69%	
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	76	76	100%	197	197	100%	215	215	100%	201	201	100%	Meta Cumplida

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	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	Meta Cumplida
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.	664	664	100%	713	713	100%	615	615	100%	519	519	100%	Meta Cumplida
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.	275	275	100%	167	167	100%	384	384	100%	165	165	100%	Meta Cumplida
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	664	664	100%	713	713	100%	615	615	100%	519	519	100%	Meta Cumplida
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	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	Meta Cumplida
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	10	0	0%	10	0	0%	10	0	0%	10	0	0%	Pendiente de realización
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 2018 de Comité de Farmacovigilancia elaborado.	1	Plan de trabajo 2018 elaborado	Plan de trabajo 2018 elaborado	Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	Meta Cumplida
4.1.2	Evaluación bimensual de ejecución de plan de trabajo 2018	100 %	(Actividades del plan 2018 desarrolladas / actividades del plan 2018 programadas)*100	Informes de evaluaciones	Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	Meta Cumplida
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	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	Meta Cumplida
4.1.4	Elaboración de necesidades de medicamentos e insumos de acuerdo a consumos y existencias, perfil epidemiológico y demanda proyectada.	2	# de documentos de necesidades realizados del total programado	Documento de necesidades	Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	Meta Cumplida
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	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	Meta Cumplida
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	Jefe de Recursos Humanos	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	Meta Cumplida

5.1.2	Diseñar y ejecutar el plan de capacitación continua del recurso humano para el año 2018	100 %	(# de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programadas)*100	Libro de registro de capacitaciones realizadas	Jefe de Recursos Humanos	15	10	67%	32	17	53%	28	25	89%	28	26	93%	Meta Cumplida
6 Objetivo: Disminuir la mortalidad general intrahospitalaria.																		
6,1 Resultado esperado: Disminuir la mortalidad hospitalaria en un 1%.																		
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	14	14	100%	8	8	100%	0	0	0%	0	0	0%	Se retomará el año entrante por el comité de mortalidad hospitalaria
6.1.2	Retro alimentar al personal médico y de enfermería en patologías con alta letalidad (ERC, 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	1	1	100%	4	4	100%	6	6	100%	4	4	100%	Meta Cumplida
6.1.3	Capacitar al personal médico y de enfermería en cursos de atención de pacientes críticos (NPR, TESALVA, BLS, RCP, etc.)	100 %	(# de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programadas)*100	Listas de asistencia a capacitaciones	Comité de educación	6	6	100%	14	14	100%	3	3	100%	21	21	100%	Meta Cumplida
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 farmacovigilancia. Jefas enfermeras de unidad. Jefe médico del área	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	Meta completada
7 Objetivo: Brindar atención en salud con calidad y calidez al usuario.																		
7,1 Resultado esperado: Disminución de quejas y denuncias por mala atención al usuario y sensibilización del personal																		

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	Lista de Asistencia	Oficina por el Derecho de la Salud	40	40	100%	0	0	0%	0	0	0%	164	164	100%	Meta Cumplida
8 Objetivo: Implementación de la Unidad de Atención para Adolescentes y Jóvenes																		
8.1 Resultado esperado: Atención integral en salud al adolescente y joven.																		
8.1.1	Implementación de la atención en salud al paciente y adolescente y joven según normativas vigentes	192	No. de pacientes atendidos/No de pacientes atendidos	Censo de Paciente	Referente del Programa	48	32	67%	48	38	79%	48	41	85%	48	38	79%	
9 Objetivo: Incrementar el índice de seguridad de los establecimientos de salud ante situaciones de emergencias y desastres.																		
9.1 Resultado esperado: Seguimiento a la evaluación del índice de seguridad para enfrentar emergencias y desastres																		
9.1.1	Plan de trabajo funcionante 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%	Meta completada
9.1.2	Ejecución de simulacro de evento externo para medir capacidad resolutive	1	Simulacro realizado	Informe de evaluación	Comité de Emergencias y Desastres							1	1	100%	1	1	100%	Se realizó simulacro adicional
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%	Meta Cumplida
9.1.2	Aprobación de Diagnostico Ambiental del Hospital	1	Diagnóstico Aprobado	Informe de evaluación	Comité de Gestión Ambiental													Pendiente de completar documentación por el MARN