



HOSPITAL NACIONAL NUEVA GUADALUPE

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

**ENERO-DICIEMBRE
2018**

RESPONSABLES:

**DR. EFRAIN TORRES FLORES
DIRECTOR HOSPITAL NACIONAL NUEVA GUADALUPE**

EQUIPO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

Nueva Guadalupe 17 de Diciembre de 2018.

Cumplimiento de metas 2018

Resultados PAO Enero-Diciembre 2018			
Servicios Finales			
Consulta Externa Médica			
General			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Medicina General	5,952	5,803	91%
Especialidades 92.61			
Especialidades Básicas			
Medicina Interna	2,976	2,849	96%
Cirugía General	1,384	1,295	98%
Pediatría General	3,968	3,899	98%
Ginecología	2,600	2,558	98%
Obstetricia	5,000	4,971	99%
Total	16528	14172	85.7%
Emergencias			
De Gineco-Obstetricia			
Ginecología	50	93	186%
Obstetricia	600	1,314	219%
Otras Atenciones Consulta Emergencia			
Emergencia	14,000	25,331	181%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica			
Nutrición	610	707	116%
Consulta Externa Odontológica			
Odontológica de primera vez	992	1,004	101%
Odontológica subsecuente	1,984	842	42%

Resultados PAO Enero- Diciembre 2018			
Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales			
Egresos Hospitalarios			

Especialidades Básicas			
Cirugía	690	701	102%
Medicina Interna	1,500	1,484	99%
Obstetricia	2,500	2,335	93%
Pediatría	1,701	1,900	112%
Total	6391	6420	100.5
Partos			
Partos vaginales	1,017	824	81%
Partos por Cesáreas	273	270	99%
Cirugía Mayor			
Electivas para Hospitalización	375	368	98%
Electivas Ambulatorias	190	158	83%
De Emergencia para Hospitalización	500	484	96%
De Emergencia Ambulatoria	140	92	66%

Resultados PAO Enero-Diciembre 2018			
Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios			
Diagnostico			
Imagenología			
Radiografías	11,000	10,789	98%
Ultrasonografías	2,400	3,105	129%
Otros Procedimientos Diagnósticos			
Electrocardiogramas	800	780	98%
Tratamiento y Rehabilitación			
Cirugía Menor	840	700	83%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	8,000	7,604	95%
Inhaloterapias	26,000	24,897	96%

Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	115,000	119,751	104%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	56,000	55,654	99%
Trabajo Social			
Casos Atendidos	3,000	4,022	134%
	Total		
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios 2018			
Diagnostico			
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre			
Hematología	30,642	29604	96.61
Inmunología	8070	6938	85.9
Bacteriología	986	673	68.2
Parasitología	3600	3018	83.8
Bioquímica	65,000	74762	115
Banco de Sangre	8300	5512	66.4
Urianálisis	14752	12824	86.9

La producción hospitalaria tanto en consulta externa como hospitalización alcanzaron las metas programadas, al igual en los servicios de apoyo consideramos cumplimos con lo proyectado, en consonancia con nuestro presupuesto.

DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

Los objetivos y líneas estratégicas para el Hospital de Nueva Guadalupe han sido redefinidos en consenso con el equipo de Gobierno, conformado por diferentes disciplinas hospitalarias en conjunto con la Dirección, a través de la incorporación de Herramientas de Gestión, con el objetivo de definir los procesos necesarios que permitan operatividad el plan de gobierno Adelante El salvador.

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

Consideramos que este fenómeno es producto de la separación del primer nivel como el efecto del trabajo del primer nivel de la micro red, que se viene observando en los dos últimos años, pero más marcado en este semestre respecto al mismo periodo del 2017.

En conjunto la consulta general y especialidades logro el 93.73% se están cumpliendo las proyecciones de descentralización con que se programó el año 2018, pero seguiremos observando el comportamiento de la demanda y seguir ofertando cartera de servicios.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En cuanto el servicio de laboratorio ha presentado disminución en la utilización en sus actividades en especial los servicios que se realizan a unidades de salud, aunque globalmente se realizó el 100% de lo programado, estamos pendientes que se realice plan de control de calidad del servicio por jefatura que se ejecute en el 2019 para mejorar la confianza y disminuir repetición de estudios que se aduceñ debidos a problemas de los equipos automatizados.

La utilización de servicios generales alimentación cumple de forma global con mayor producción que lo programación, al igual el servicio de lavandería aun que estamos conscientes de la necesidad de mejorar los controles de dotación de ropa hospitalaria para abastecer mejor a los servicios, mantenimiento también supero su producción preventiva como resultado del plan de supervisión implementado y transporte no sobrepaso el kilometraje programado dado la menor producción de atenciones que ameritaron una referencia o interconsultas comparado con el año 2017.

INDICADORES DE GESTION HOSPITALARIA ENERO-DICIEMBRE 2018

Consulta de emergencia

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

El indicador del tiempo en que un paciente se le asigna y ocupa una cama hospitalaria posterior a entregar historial clínico con indicaciones de ingreso personal médico a enfermería todas las especialidades están dentro del estándar, pero aun consideramos es un proceso de atención que hay que trabajar y mejorar ya que se ve afectado por la demanda de atención, la capacidad instalada del recurso humano como por la actitud propia de estos.

Consulta médica especializada:

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

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

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

Cirugía Mayor:

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

Cesáreas:

Respecto al porcentaje de cesáreas realizadas a la fecha de 23.5% ocho puntos y medio arriba de la meta con incremento en las cesáreas de primera vez, aunque estamos por abajo de los quince porcientos con un 12 %es mayor que el año 2017 y se le ha solicitado a jefe de servicio mantener la evaluación de las cusas de indicación. La cesárea subsecuente representa el 11.5. % del total, siendo cuidadosos de no afectar al bebe por lograr disminuir estos indicadores.

Infecciones Nosocomiales:

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

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

Pacientes recibidos de otras instituciones:

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

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

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

Pacientes referidos a otras instituciones:

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

Abastecimiento de Medicamentos:

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

Medicina Interna Hospitalización:

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

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

Cirugía hospitalización:

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

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

Pediatría hospitalización:

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

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

Gineco-Obstetricia hospitalización:

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

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

Mortalidad hospitalaria

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

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

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

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

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

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

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

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

Programación de Actividades de Gestión

				Meta anual	
				Programado	Realizado
Objetivo: Contribuir a disminuir la morbilidad materna a través del trabajo en las redes integrales e integradas de 1 servicios de salud.					
1.1.1	Disminuir el porcentaje de cesáreas	21%	N° de cesáreas realizadas/Total de partos atendidos*100	21%	23.5%
1.1.2	Disminuir el índice de cesárea de primera vez al menos en un 2 % del total de partos en relación al año previo	10%	N° de cesáreas realizadas 1°vez/Total de partos atendidos*100	10%	12%
1.1.3	Atención de partos por personal medico	100%	Partos atendidos por médicos/total de partos atendidos*100	100%	100%
1.1.4	Llenado e interpretación correcta del partograma	100%	Partogramas llenados correctamente/Total de Partogramas llenados*100	100%	100%
1.1.5	Monitoreo de cumplimiento de guías clínicas obstétricas y calidad de control prenatal	12	Monitoreo realizado/monitoreo programado	6	6
1.2	Resultado esperado: Atención adecuada de complicaciones obstétricas				
1.2.1	Capacitación a personal médico y enfermería en detección de riesgos obstétricos tanto hospital como unidades de la micro red.	8 temas	Temas impartidos	8	8
1.2.2	Evaluación de cumplimiento de simulacros Código rojo	12 Evaluaciones	Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas	6	13
1.2.3	Evaluación de cumplimiento de simulacros Código amarillo	12 Evaluaciones	Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas	6	1
1.2.4	Realizar auditoria de morbilidades obstétricas extremas	100%	Auditorías realizadas/total de MOE que se presenten	3	0
1.3	Resultado esperado: Mejorar la aplicación de la guía de morbilidades obstétricas				
1.3.1	Mejorar el conocimiento del personal médico de las principales morbilidades obstétricas	10 temas	Temas impartidos/temas programados	5	5
1.3.2	Mejorar Habilidades Obstétricas del personal médico y de enfermería	10	Cursos de habilidades recibidos	5	No programa la región
1.3.3	Monitoreo de cumplimiento de la calidad del contenido del expediente clínico hospitalización.	12	Monitoreo realizado/monitoreo programado	6	6
1.3.4	Evaluación del cumplimiento de guía de atención de IVU en el embarazo paciente hospitalizada.	12	Monitoreo realizado/monitoreo programado	6	6
1.3.5	Evaluación del cumplimiento de guía de atención de IVU en el embarazo paciente de consulta externa.	12	Monitoreo realizado/monitoreo programado	6	6
1.4	Resultado esperado: Mejorar la calidad del control prenatal en la RISS				
1.4.1	Capacitaciones a personal médico de la RIIS en temas obstétricos primordiales	6	Temas impartidos/temas programados	6	3

1.4.2	Análisis de referencias obstétricas recibidas de las UCSF	12	Análisis realizados/programados	6	6
1.4.3	Asegurar un método de planificación familiar desde la inscripción prenatal a toda mujer al finalizar su embarazo con énfasis en las de riesgo obstétrico.	5%	Total de puérperas con un método de planificación familiar/Total de partos atendidos.*100	5%	22%

1.1 Resultado esperada: Aumentar la calidad en la atención del parto

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

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

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

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

2.2	Resultado esperado: Disminuir las muertes asociadas a Prematurez				
2.2.1	Asegurar tratamiento odontológico a toda embarazada en contacto con el hospital que no ha sido atendida en primer nivel.	100%	Evaluación embarazada referidas por primer nivel para asegurar tratamiento odontológico	100%	100%
2.2.2	Asegurar que toda paciente con amenaza de parto prematuro reciba esquema completo de maduración pulmonar fetal.	100%	Pacientes con APP con esquema completo/total de casos de APP	100%	100%
2.2.3	Evaluar el cumplimiento de la guía de atención al prematuro	12	Evaluaciones realizadas	6	6
2.3	Resultado esperado: Disminuir las muertes infantiles				
2.3.1	Auditar todos los casos de muertes infantiles	100%	Auditorías realizadas/total de muertes que se presenten	100%	100%
2.3.2	Evaluar que la atención pediátrica se haga cumpliendo la normativa	12	Evaluaciones realizadas	6	6
2.3.3	Monitorear la aplicación del Triage pediátrico(CETEP)	24	Monitoreo realizados	12	12
2.3.4	Análisis de referencias pediátricas recibidas de las UCSF	12	Análisis mensual	6	6
2.3.5	Dar seguimiento a migras	100%	Seguimientos realizados	100%	100%

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

	HOSPITAL: Nacional Nueva Guadalupe	Meta anual	Indicador	Meta anual	
				Programado	Realizado
3	Objetivo: Reducción de la morbi mortalidad y discapacidad por enfermedades crónicas no transmisibles				
3.1	Resultado esperado: Fortalecer el tratamiento para enfermedades crónicas				
3.1.1	Retroalimentar al personal médico y de enfermería en patologías con alta letalidad (intoxicaciones, cardiopatías, Diabetes Mellitus, etc.) hospital y micro red.	4 temas	Temas impartidos	4	4
3.1.2	Garantizar la existencia de medicamentos e insumos básicos esenciales para el tratamiento hospitalario.	100%	Abastecimiento de medicamentos en áreas críticas de atención	100%	100%
3.1.3	Evaluar el cumplimiento de compromisos de unidad de gestión clínica renal	12	12	6	0
3.1.4	Evaluación del cumplimiento de guía de atención de diabetes y hipertensión.	12	Evaluaciones realizadas/evaluaciones programadas	6	0

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

	HOSPITAL: Nacional Nueva Guadalupe	Meta anual	Indicador	Meta anual	
				Programado	Realizado
4	Objetivo: Fortalecimiento de la Oficina del Derecho a la Salud y establecer mecanismos de participación y contraloría social, con el fin de evitar los abusos a las personas que usan el sistema de salud.				
4.1	Resultado esperado: Fortalecimiento del sistema de captación de quejas, reclamaciones y sugerencias y sus respuestas a la población.				
4.1.1	% de quejas y reclamos investigados	100%	Quejas y reclamos investigados/Total de quejas y reclamos recibidos	100%	100%
4.1.2	Quejas justificadas a las que se le dio respuesta	100%	% de resolución de quejas	100%	100%
4.1.3	Revisión y análisis de buzón de sugerencias	12	Numero de revisiones y análisis de buzón de sugerencias	6	6
4.1.4	Encuestas rápidas de satisfacción de usuarios internos y externos.	12	Encuestas realizadas/Encuestas programadas	6	1
4.2	Participación intersectorial para prevención de la violencia.				
4.2.1	Comité de violencia funcionando	1	Comité conformado	1	1
4.2.2	Capacitar en trato de genero al personal de hospital	4	Capacitaciones	2	1
4.2.3	Informar de casos de violencia detectados a las instancias correspondientes en coordinación con jurídico institucional	100%	Casos detectados	100%	100%

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

	HOSPITAL: Nacional Nueva Guadalupe	Meta anual	Indicador	Meta anual	
				Programado	Realizado
Objetivo: Gestionar o adquirir medicamentos antes que se desabastezcan para evitar descompensación e ingresos innecesarios de los usuarios con patología crónica					
5.1	Resultado esperado: Contar con al menos un 85% de abastecimiento de medicamentos necesarios para brindar la atención al usuario.				
5.1.1	Plan de trabajo 2017 de Comité de Fármaco vigilancia elaborado.	1	Plan de trabajo 2018 elaborado	1	1
5.1.2	Evaluación mensual de ejecución de plan de trabajo 2017.	100%	(Actividades del plan 2017 desarrolladas / actividades del plan 2017 programadas)*100	100%	100%

5.1.3	Monitoreo y supervisión periódica a las diferentes áreas de atención de pacientes, verificando el eficiente uso de medicamentos e insumos.	12	Monitoreos y supervisiones realizadas del total programadas	6	6
5.1.4	Presentación oportuna de necesidades para compra conjunta de medicamentos e insumos al Nivel Superior.	1	# de documentos presentados del total programado	1	En proceso
5.1.5	Informe anual de cumplimiento de plan del comité Farmacoterapeutico.	1	Informe de cumplimiento	1	Fin de año

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

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

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

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

