



**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

<b>I</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	4
<b>II</b>	<b>GENERALIDADES O CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL</b>	4
	Misión y visión	
	Objetivo general	
	Objetivos específicos	
	Funciones principales	
<b>III</b>	<b>Diagnostico situacional</b>	6
<b>a)</b>	<b>Aspectos generales del diagnostico</b>	7
	Organigrama institucional	7
	Población meta	8
<b>b)</b>	<b>Diagnóstico interno</b>	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
<b>c)</b>	<b>Diagnostico externo</b>	37
	Amenazas del entorno	37
<b>d)</b>	<b>Identificación de problemas</b>	39
	Problemas de demanda	39
	Situación de salud	39
	<b>Problemas de oferta</b>	40
	Objetivos estratégicos	40
<b>IV</b>	<b>Programación de Actividades Asistenciales (Anexo 4)</b>	41
<b>V</b>	<b>Programación de Actividades de Gestión (Anexo 5)</b>	42
<b>VI</b>	<b>Indicadores de Gestión de Actividades Hospitalarias (Anexo 6)</b>	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%	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%	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%	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%	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	<b>Resultado esperado: Disminución de la morbilidad perineonatal e infantil del área geográfica de responsabilidad en el año 2013.</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%	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	<b>Resultado esperado: Mejorar 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	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	<b>Objetivo: Establecer mecanismos para favorecer la mejora continua de la calidad en el hospital para el año 2013.</b>																	
2.1	<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	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%	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%	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%	Abastecimiento y adecuada utilización de insumos médicos.
2.2	<b>Resultado esperado: Disminución de los tiempos de espera en las consultas de primera vez de especialidad en el año 2013.</b>																	
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%	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	<b>Resultado esperado: Disminución de los tiempos de espera en las consultas de emergencia para el año 2013.</b>													
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	<b>Resultado esperado: Acortar tiempos de espera para cirugía electiva en el año 2013.</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 / # 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 quirófano 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.
<b>3</b> <b>Objetivo: Fortalecimiento del trabajo en red.</b>														
3.1	<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. 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	<b>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.</b>													
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	<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 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%	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	<b>Objetivo: Diseñar e implementar estrategias para lograr la integración, formación y eficiencia del Recurso Humano.</b>																
5.1	<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	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%	100%	0%	0%	Que las direcciones de hospitales y de recursos humanos autoricen el plan de capacitación.
6	<b>Objetivo: Disminuir la mortalidad general intrahospitalaria.</b>																

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
<b>Tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada (días)</b>	
Medicina Interna	60
Cirugía	60
Ginecología	30
Obstetricia	15
Pediatría	15
<b>Cirugía electiva</b>	
Porcentaje de Cirugías electivas canceladas	12
Tiempo promedio de espera para cirugía electiva (Días)	45
<b>Cesáreas</b>	
Porcentaje de Cesáreas	22
<b>Infecciones Nosocomiales</b>	
Porcentaje infecciones intrahospitalarias	0.5
<b>Pacientes recibidos de otras instituciones</b>	
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
<b>Abastecimiento de Medicamentos</b>	
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)	82
<b>MEDICINA INTERNA, Hospitalización</b>	
Porcentaje de ocupación	85
Promedio días estancia	4.6
Intervalo de sustitución	0.8
Rotación cama	56
<b>CIRUGÍA, Hospitalización</b>	
Porcentaje de ocupación	85
Promedio días estancia	5.1
Intervalo de Sustitución	1.2
Rotación Cama	45
<b>PEDIATRÍA, Hospitalización</b>	
Porcentaje de ocupación	85
Promedio días estancia	3
Intervalo de Sustitución	1.2
Rotación Cama	69
<b>GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, Hospitalización</b>	
Porcentaje de ocupación	85
Promedio días estancia	3.6
Intervalo de Sustitución	0.6
Rotación Cama	65
<b>NEONATOLOGIA, Hospitalización</b>	
Porcentaje de ocupación	85
Promedio días estancia	3.8
Intervalo de Sustitución	-0.2
Rotación Cama	45
<b>OTROS (BM, ISSS), Hospitalización</b>	
Porcentaje de ocupación	85
Promedio días estancia	3.1
Intervalo de Sustitución	2.2
Rotación Cama	58