



INFORME DEL 1° TRIMESTRE DEL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL

UNIDAD DE PLANIFICACION

ABRIL/2017

INTRODUCCION

El Plan Anual Operativo (PAO) es una herramienta de planeación que permite llevar a cabo los fines de la organización durante un tiempo determinado (en este caso sería a un año), mediante una adecuada definición de los objetivos y metas que se pretenden alcanzar, de manera que se utilicen los recursos disponibles con eficiencia, eficacia y economicidad.

La Unidad de Planificación en Gestión Hospitalaria, del Hospital Nacional Francisco Menéndez de Ahuachapán, debe de darle seguimiento al cumplimiento de metas establecidas en nuestra PAO 2017, y establecer planes de acción, que permitan monitorear y evaluar la atención en las diferentes unidades hospitalarias.

Es por ello, que en el presente documento se presenta los avances del primer trimestre del Plan Operativo Institucional, con el objetivo de dar a conocer las metas programadas y alcanzadas, con el fin de medir la eficacia, eficiencia e impacto de la ejecución de las actividades hospitalarias, de gestión institucional y con los resultados obtenidos, permitiendo identificar de manera oportuna las fortalezas y deficiencias, con las que cuenta el Hospital.

A continuación, se presenta los avances de los objetivos propuestos de dicho Plan Operativo y sobre las metas planteadas mensualmente en el Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación de Actividades Hospitalarias (SPME), y el resultado de las mismas, analizado cada una de ellas.

No.	Descripción	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1ER.TRIMESTRE			OBSERVACIONES
						Programado	Ejecutado	%	
1	Objetivos: Mejoramiento en las coordinaciones en RIISS, basados en el marco de debilidades encontradas y compromisos con planes de mejora y seguimiento de los mismos.								
	<p>A- Resultado Esperado: participación activa del hospital con el primer nivel de atención involucrando a los mandos medios en trabajo en RIISS.</p> <p>B- Resultado Esperado: dar a conocer los proyectos de mejoramiento continua de la calidad del hospital para el fortalecimiento del trabajo en RIISS.</p>								
A.1.	Apoyo de gestión en reuniones de análisis y evaluaciones de indicadores en RIISS.	4	# de reuniones	Actas de respaldo	Dirección	1	1	100%	
A.2	Dar seguimiento a los acuerdos tomados en la evaluación de indicadores en RIISS con el comité estratégico de gestión	4	# de reuniones	Actas de respaldo	Dirección	1	1	100%	Participantes en dicha reunión: Dr. Luis Ramírez, Coordinador del SIBASI y Dra. Luisa Rodríguez Comité Estratégico, con el fin de dar seguimiento a los acuerdos tomados en indicadores de RIISS
B.1	Dar a conocer las funciones del proyecto de la unidad de emergencia de la mujer embarazada en RIIS, para el fortalecimiento de la atención.	4	# de reuniones	Actas de respaldo	Jefe de emergencia	1	1	100%	

B.2	Dar a conocer el programa de cirugías ambulatorias del hospital en la RISS, para su derivación por listado de pacientes del primer nivel de atención.	4	# de reuniones	Actas de respaldo	Jefe de centro quirúrgico	1	1	100%	
B.3	Dar a conocer la oferta de servicio de la consulta externa con el primer nivel de atención para coordinar y fortalecer el sistema de retorno, referencia e interconsulta hacia las diferentes áreas para mejorar los tiempos de espera en ambos niveles.	4	# de reuniones	Actas de respaldo	Jefe de consulta externa	1	1	100%	Se dio a conocer la Oferta de Servicio en Reunión de Consejo de Gestión de la RISS, dicha reunión se obtuvo la presencia de las diferentes UCSFI del departamento.

No.	Descripción	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1ER. TRIMESTRE			
						Programado	Ejecutado	Porcentaje	
2	Objetivo: contribuir a disminuir la morbilidad materno-infantil en el departamento de Ahuachapán.								
	A-Resultado Esperado: mejorar las intervenciones de consejería y atención pre concepcional en todas las mujeres. B-Resultado Esperado: establecer procesos para el mejoramiento de la atención con calidad a la mujer embarazada C-Establecer procesos para el mejoramiento de la atención con calidad a la población pediátrica.								
A.1	Fortalecer el funcionamiento y documentar las atenciones de clínica CAAR.	300	# de atenciones	Censos diarios/simmow	Jefe de consulta externa	75	40	53%	Se observa un bajo porcentaje en cumplimiento, cabe mencionar que en el primer trimestre se a identificado un porcentaje de usuarias referidas a CAAR, entran con criterios de riesgo reproductivo, sin embargo, no cumplen como candidata por no haber iniciada vida sexual activa y por ende, se le brinda solo consulta ginecológica. Se han tomado estrategias para captar usuarias que cumplen los criterios para la clínica CAAR y aumentar el número de atenciones.
A.2	Mejorar y documentar el programa de planificación familiar en	600	# de métodos temporales. # de métodos permanentes	Datos del simmow/ registros de unidad de planificación familiar		200	223	112%	Cabe mencionar que se han colocado 114 diu, para las usuarias de planificación familiar. En el método permanentes se han realizado 109 en los cuales se detalla a continuación: Minilaparatomía para esterilización.

	mujeres en edad fértil y post parto.								Esterilización Post parto
B.1	Realizar gestión para la contratación de obstetras para la atención en emergencia las 24 horas	2	Realizar gestión de contratación de recursos por fondos propios.	Documentos administrativos de recursos humanos	dirección	2	3	100%	Se gestionó un recurso más a lo programado, debido a la alta demanda de usuarias Ginecológicas y de Obstetricia, con el fin de brindar una atención con calidad y calidez al usuario.
B.2	Capacitación continua al personal de residentes y enfermería sobre identificación de factores de riesgo	12	# de capacitaciones	actas	Jefe de gineco-obstetricia.	3	3	100%	En el personal de enfermería se han capacitado 50 recursos en temas sobre Morbilidades Maternas e Infantiles a unidades priorizadas en las cuales son: Personal de Emergencia, Centro Quirúrgico, personal de partos. En relación al personal de Residentes se han capacitado 24 recursos en temas de: Neumonías, Trastorno Hipertensivo del Embarazo, Ruptura Prematura de membrana, Diarreas y manejo de líquidos, Traumas cráneo-encefálico, estudio de casos interesantes (cetoacidosis diabéticas, síndrome coronario agudo).
B.3	Actualizar la operatividad de código rojo como equipo multidisciplinario en caso de urgencias obstétricas.	4	# de casos	# de actas	Jefe de gineco-obstetricia	# de casos	5		Se presentaron 5 casos de urgencias Obstétricas (catalogados como Código Rojo), los cuales están reflejadas en el informe trimestral y sus respectivos planes de mejora para reducir las brechas encontradas en el proceso.
C-1	Supervisar el cumplimiento de la normativa de la atención pediátrica con calidad en hospitalización y consulta externa	4	# de monitoreo	Documentos de respaldos	Jefe de pediatría Jefe de consulta externa	1	3	100%	Para el cumplimiento de este objetivo se hacen monitoreos mensuales de 20 listas de chequeo por mes, con el objetivo de verificar si cumple la normativa de acuerdo a la patología del usuario pediátrico.

C.2	Elaboración, socialización y evaluación de plan de morbimortalidad infantil y perinatal	3	# de reuniones	Actas del comité	Comité materno Infantil	1	1	100%	Se revisan todas las líneas estratégicas con sus respectivos objetivos y se establece los responsables de su ejecución, lo cual se procede a Socializarlo con las jefaturas.
C.3	Realizar el análisis de casos de muertes infantiles en las primeras 24 horas posteriores al evento.	6	Número de muertes infantiles dentro del hospital.	Actas del comité	Comité materno-infantil	# de casos	5		Se reportan 5 casos los cuales son: 3 casos de Mortalidades (casos críticos) 2 Morbi-mortalidad Extrema, las cuales fueron referidas a hospital departamental de referencia. Ante los casos mencionados se han hecho las auditorias correspondientes.

No.	Descripción	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1ER. TRIMESTRE			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Programado	Ejecutado	Porcentaje	
4	Objetivos: Fortalecer y mejorar el análisis de indicadores de gestión, estándares de calidad y la PAO institucional.								
	A-Resultado Esperado: empoderamiento de la dirección, UOC, unidad de planificación de las diferentes jefaturas hospitalarias para mejorar la gestión hospitalaria.								
A.1	Evaluación de indicadores, estándares de calidad en salud.	100%	Número de reuniones realizadas	Actas de reuniones	Dirección, UOC, Unidad de Planificación	3	3	100%	Se han presentado los resultados de Indicadores de Gestión y Estándares de Calidad a los jefes responsables de los estándares de Calidad y al Consejo Estratégico de Gestión.