

MINISTERIO DE SALUD

Plan Operativo Anual

Año 2017

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.	Realiz.	%	Prog.	Realiz.	%	Prog.	Realiz.	%	Prog.	Realiz.	%	
1	Objetivo: Contribuir a disminuir la morbilidad materno neonatal mediante una atención eficaz oportuna y de calidad.																	
1,1	Resultado esperado: Disminuir la morbilidad materna en el hospital durante el año 2017.																	
1.1.1	Disminuir el índice de cesárea al menos en un 2% del total de partos en relación al año previo	27%	(# de cesáreas realizadas / # total de partos atendidos)*100	Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS)	Jefe servicio de ginecoobstetricia	27	27	101%	27	30	111%	27	29,7	110%	27%	25%	91%	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	42	42	100%	39	39	100%	33	33	100%	29	29	100%	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 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	0	0%	10	0	0%	No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas. Participación activa de coordinador de SIBASI.
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	3	100%	3	2	67%	3	1	33%	No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades
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 Morbilidad materna perineonatal	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%	Disponibilidad de recursos requeridos y conocimiento del uso del SIP para toma de decisiones.
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	3	100%	3	3	100%	3	1	33%	3	0	0%	Disponibilidad de recursos requeridos.

MINISTERIO DE SALUD

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	14	77%	18	21	116%	18	11	61%	18	22	122%	Conocimiento y aplicación adecuada del criterio de indicación de colocación por médico tratante. Indicaciones adecuadas de colocación.
1.1.9	Monitoreo del manejo según normativas de pacientes gestantes con IVU y Vaginosis con derivación oportuna para tratamiento de la enfermedad periodontal	12	# de casos manejados según normativa/# de casos presentados	Expediente clínico	Jefe servicio de ginecoobstetricia	10	10	100%	10	10	100%	10	10	100%	10	10	100%	Disponibilidad de recursos requeridos.
1.1.10	Fortalecimiento de la operatividad de la clínica preconcepcional	144	# de casos manejados /# de casos programados	Expediente clínico e informe de pacientes atendidas	Ginecólogo encargado del programa y enfermera asignada	36	42	116%	38	29	76%	38	30	79%	32	31	97%	Disponibilidad de recursos requeridos.
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	3	3	100%	6	6	100%	2	2	100%	8	8	100%	Disponibilidad de recursos requeridos.
1,2	Resultado esperado: Disminución de la morbilidad perineonatal e infantil del área geográfica de responsabilidad en el año 2017.																	
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	231	231	100%	232	232	100%	277	277	100%	255	255	100%	Conocimiento y aplicación de normativa al alta por parte del médico.
1.2.2	Capacitación a personal del primer nivel de atención sobre detección de riesgos obstétricos que afectan a feto y signos de riesgo para recién nacido para referencia oportuna.	40	# de recurso médico capacitado / # total de médicos a capacitar	Libro de registro de capacitaciones realizadas	Jefe de obstetricia y coordinador de SIBASI	10	0	0%	10	0	0%	10	0	0%	10	0	0%	No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas. Participación activa de coordinación de SIBASI.
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	3	100%	3	3	100%	3	2	67%	3	2	67%	No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades.
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	231	235	102%	232	232	100%	277	277	100%	255	255	100%	Información disponible.

MINISTERIO DE SALUD

1.2.5	Implementación del programa mama canguro	24	# de atenciones programadas / # de atenciones realizadas	Libro de registro	Medico pediatra jefa	6	3	50%	6	3	50%	6	3	50%	6	3	50%	
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 pasantias realizadas	Listas de asistencia	Trabajo social, jefe de obstetricia y directores de UCSF	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	Adecuada coordinación con el SIBASI.
2	Objetivo: Establecer mecanismos para favorecer la mejora continua de la calidad en el hospital para el año 2017.																	
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.	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	46	45	98%	46	67	146%	46	34	74%	38	38	100%	Disponibilidad de recursos necesarios
2.1.2	Uso de una técnica quirúrgica adecuada y su verificación.	100%	Porcentaje de personal que cumple con la normativa	Listado de chequeo	Jefatura de sala de operaciones	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	Abastecimiento y adecuada utilización de insumos médicos.
2,2	Resultado esperado: Disminución de los tiempos de espera en las consultas de primera vez de especialidad en el año 2017.																	
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	15	15	100%	15	0	0%	15	0	0%	15	0	0%	Disponibilidad de recursos necesarios para la auditoría.

MINISTERIO DE SALUD

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	0%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	Colaboración de médicos proveedores de consulta externa y coordinación del SIBASI.
2,3	Resultado esperado: Disminución de los tiempos de espera en las consultas de emergencia para el año 2017.																	
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%	Personal de salud capacitado en Triage.
2,4	Resultado esperado: Acortar tiempos de espera para cirugía electiva en el año 2017.																	
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	17	24	71%	17	24	141%	17	18	106%	17	23	135%	Adecuada selección del paciente quirúrgico. Disponibilidad de insumos requeridos.
2.4.2	Eficientizar el uso de los quirófanos para cirugía electiva con recurso humano disponible.	65% 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	65%	88%	135%	65%	100%	154%	65%	100%	154%	65%	65%	100%	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	175	175	100%	166	166	100%	205	205	100%	83	83	100%	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	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	Disponibilidad de información necesaria para un adecuado monitoreo.
3	Objetivo: Fortalecimiento del trabajo en red.																	
3,1	Resultado esperado: Óptimo funcionamiento del sistema de referencia y retorno.																	

MINISTERIO DE SALUD

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.	659	509	77%	703	623	89%	592	533	90%	663	663	100%	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	Jefes de servicio. Epidemiólogo. Enfermera jefe de hospitalización.	304	275	90%	253	250	99%	330	301	91%	201	201	100%	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	678	665	98%	678	671	99%	575	570	99%	663	663	100%	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	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	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	25%	0%	100%	25%	1%	100%	25%	1%	100%	25%	1%	100%	No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas. Participación activa de coordinación de SIBASI.
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 2017 de Comité de Farmacovigilancia elaborado.	1	Plan de trabajo 2017 elaborado	Plan de trabajo 2017 elaborado	Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	Consignación de tiempo para la realización de las actividades programadas.
4.1.2	Evaluación bimensual de ejecución de plan de trabajo 2016.	100%	(Actividades del plan 2017 desarrolladas / actividades del plan 2017 programadas)*100	Informes de evaluaciones	Comité de Farmacovigilancia. Asesor médico de suministros	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	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	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	Consignación de tiempo para la realización de las actividades programadas.

MINISTERIO DE SALUD

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%	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	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	Presupuesto para compra de medicamentos e insumos acorde a necesidades.
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%	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 2017	100%	(# de capacitaciones realizadas / # de capacitaciones programadas)*100	Libro de registro de capacitaciones realizadas	Jefe de Recursos Humanos	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	Que las direcciones de hospitales y de recursos humanos autoricen el plan de capacitación.
6	Objetivo: Disminuir la mortalidad general intrahospitalaria.																	
6,1	Resultado esperado: Disminuir la mortalidad hospitalaria en un 1%.																	
6.1.1	Auditoria al 100% 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	11	11	100%	16	16	100%	15	15	100%	7	7	100%	No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades.
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	11	13	84%	4	4	100%	4	4	100%	4	4	100%	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	3	3	100%	2	2	100%	14	14	100%	4	4	100%	No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas.

MINISTERIO DE SALUD

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	90%	93%	102%	90%	90%	100%	90%	90%	100%	94%	90%	102%	Cumplimiento por parte de proveedores en el tiempo establecido.
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	48	101	210%	25	82	328%							No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas.
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	1	2%	48	1	2%	48	0	0%	1	1	100%	No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades.
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 funcional del comité de emergencias y desastres	1	Elaboración de Plan / plan Operativo realizado	Informes de avances trimestrales	Comite de Emergencias y Desastres	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	Disponibilidad de recursos requeridos.

MINISTERIO DE SALUD

9.1.2	Ejecución de simulacro de evento externo para medir capacidad resolutiva	1	Simulacro realizado	Informe de evaluación	Comite de Emergencias y Desastres							1	1	100%	1	1	100%	Disponibilidad de recursos requeridos.
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%	Disponibilidad de recursos requeridos.
9.1.2	Aprobación de Diagnostico Ambiental del Hospital	1	Diagnóstico Aprobado	Informe de evaluación	Comite de Gestión Ambiental							1	0	0%	1	0	0%	Disponibilidad de recursos requeridos.