

HOSPITAL NACIONAL METAPÁN



UNIDAD DE PLANIFICACIÓN

LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE LOS PLANES
OPERATIVOS ANUALES 2023

HOSPITAL NACIONAL "ARTURO MORALES" METAPAN

OCTUBRE, 2022

HOSPITAL NACIONAL METAPÁN



LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE LOS PLANES OPERATIVOS ANUALES 2023

HOSPITAL NACIONAL “ARTURO MORALES” METAPAN



Dr. Josué Mauricio Soriano Lemus.

Jefe de Unidad de Planificación.

Contenido

INTRODUCCIÓN.	4
BASE LEGAL	5
OBJETIVOS	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
DISPOSICIONES TÉCNICAS	11
A. De los participantes en la elaboración del Plan Operativo.	11
B. Del proceso de elaboración, revisión, aprobación, divulgación y ejecución.	11
C. De la estructura, los instrumentos para elaborar el POA y las instrucciones para su llenado. ...	12
Recomendaciones finales.	21

INTRODUCCIÓN.

A fin de cumplir con lo establecido en las Normas Técnicas del Control Interno Específicas del hospital, el Consejo Estratégico de Gestión, a través de la Unidad de Planificación pone a disposición de todo el personal involucrado en la formulación de los Planes Operativos Anuales 2023, (en adelante POA) las instrucciones para su elaboración y aprobación, con el propósito de orientar, facilitar, ordenar y estandarizar dicho proceso en todos los niveles de gestión de la institución.

Los lineamientos representan una guía para garantizar que los planes operativos anuales de todas las dependencias, comités y equipos formados, del hospital aporten a los objetivos institucionales. Los planes anuales de los establecimientos hospitalarios de todo el país deben estar alineados en torno al Plan Estratégico Institucional del Hospital, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030; el Plan de Desarrollo Social 2019 – 2024; la Política Crecer Juntos y el Plan Estratégico Institucional del MINSAL.

Los nuevos desafíos en materia de Salud Pública exigen que se establezca claramente el alcance de los servicios de salud que se requieren para cumplir con los objetivos y metas nacionales, principalmente entre la población históricamente empobrecida y excluida, por lo que resulta sumamente importante llevar a cabo un proceso de planificación institucional enfocado a lograr la equidad, al mejoramiento continuo de la calidad de la gestión pública centrada en la satisfacción de las y los usuarios, la eficiencia y la consecución de resultados. El presente documento presenta la base legal que le da contexto al proceso de planificación institucional, así como los objetivos y disposiciones técnicas que deben orientar el periodo a programar. Finalmente, incluye los formularios requeridos para el proceso, en el área de anexos.

BASE LEGAL

Constitución de la República.

Nuestra carta magna establece que toda persona tiene derecho a la vida (art. 2) y que el Estado debe asegurar el goce de la salud (art. 1), la cual es considerada como un bien público (art. 65).

Código de Salud.

En su artículo 42 establece que el Ministerio de Salud es el encargado de ejecutar las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes, por medio de sus dependencias regionales y locales.

Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Su objeto es establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, mediante un proceso progresivo hacia el acceso universal a la salud y cobertura universal en forma equitativa, oportuna y de calidad para la población en los diferentes niveles de atención.

Ley del Sistema Básico de Salud Integral

Su objeto es regular las funciones y fines del Sistema Básico de Salud Integral, estableciendo en su artículo 5 que “el Nivel Local está conformado por la red operativa de establecimientos de salud integrados en los SIBASI y por los hospitales.”

Ley Crecer Juntos para la protección integral de la primera infancia, niñez y adolescencia.

Tiene como finalidad garantizar el ejercicio y disfrute pleno de los derechos de toda niña, niño y adolescente y facilitar el cumplimiento de sus deberes, independientemente de su nacionalidad, para cuyo efecto se establece un Sistema Nacional de Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia con la

participación de la familiar, la sociedad y el estado, fundamentado en la Constitución de la Republica y Tratados Internacionales sobre derechos humanos vigentes en El Salvador, especialmente, en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Ley Nacer con Cariño

Su objeto es el de garantizar y proteger los derechos de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio, así como los derechos de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la etapa de recién nacido, a través del establecimiento de los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Ley de desarrollo y protección social

Su objeto establecer el marco legal para el desarrollo humano, protección e inclusión social, que promueva, proteja y garantice el cumplimiento de los derechos de las personas. En su artículo 30 establece que el acceso y cobertura universal a la salud integral, pública y gratuita forma parte de los programas del Subsistema de Protección Social Universal.

Política Nacional de Apoyo al Desarrollo Infantil Temprano “Crece Juntos”

Su objetivo general es el de propiciar que la niñez salvadoreña alcance al máximo su potencial de desarrollo durante la Primera Infancia (0-7 años), con atenciones de calidad en salud, nutrición, educación, aprendizaje y protección con estrategias, programas y acciones interinstitucionales e intersectoriales.

Reglamento general de hospitales del Ministerio de Salud

Su objeto es regular las atribuciones y funciones de los Hospitales Públicos del Ministerio de Salud, así como su organización y funcionamiento, en atención a las necesidades de salud de la población.

Ley de medio ambiente

La Ley de Medio Ambiente, en su artículo 4 establece que: “Se declara de interés social la protección y mejoramiento del medio ambiente. Las instituciones públicas o municipales están obligadas a incluir, de forma prioritaria, en todas sus acciones, planes y programas, el componente ambiental y la variación climática.” Por lo tanto, y dado que las actividades que realizan los hospitales pueden impactar de manera considerable el medio ambiente, es prioritario que incorporen el componente ambiental en sus planes anuales.

OBJETIVOS

Objetivo General

Fortalecer el proceso de planificación operativa anual en Hospital Nacional “Arturo Morales” para el año 2023, así como su monitoreo y evaluación, a fin de promover la transparencia, eficiencia, efectividad en la ejecución de los procesos administrativos, técnicos y financieros, incluyendo el uso y protección adecuada de todos los recursos de este hospital.

Objetivos Específicos

- Establecer las pautas estandarizadas para la formulación de los planes operativos anuales de las dependencias, comités y equipos del hospital
- Facilitar las herramientas para la confección de los objetivos, metas, logros, indicadores y actividades; así como para el monitoreo y evaluación de los planes operativos.
- Facilitar la herramienta para realizar la valoración de riesgos y determinar las actividades de control.

RESULTADOS INSTITUCIONALES

El Plan Estratégico Institucional 2021-2025 establece 13 resultados estratégicos globales y 40 resultados estratégicos específicos. Los directamente relacionados a los servicios hospitalarios de salud se citan a continuación:

Con base a los siguientes objetivos deberán definir actividades para dar cumplimiento a dichos objetivos, estos deberán ser plasmados en forma de prosa y apegados a la FUNCION de su departamento.

2.3.4 Implementado un sistema de gestión de calidad, con enfoque en procesos.

2.3.4.1. Al 2025, el MINSAL ha implementado progresivamente un modelo de gestión de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

2.3.4.2. Al 2025, se ha certificado el 50 % de los procesos de atención en salud integral en el curso de vida, de acuerdo a normativa vigente, en el MINSAL.

2.3.4.3. Al 2025, al menos un 35 % de establecimientos han implementado un programa de seguridad del paciente.

2.3.5 Implementada la Transformación Digital.

2.3.5.1. Al 2025, el 100 % de instituciones del SNIS están utilizando la plataforma interoperable para el manejo del expediente clínico electrónico único, la ficha familiar georreferenciada y la telesalud.

2.3.5.2. Al 2025, se ha reducido totalmente la brecha digital de los establecimientos de salud, en términos de conectividad.

2.3.6 Fortalecida la Investigación en Salud.

2.3.6.1. Al 2025, el 80 % de instituciones del SNIS y la Academia aplica la Política Nacional de Investigación en Salud vigente.

2.3.6.2. Al 2025, se ha ejecutado al menos un 70 % de la agenda nacional de investigación en salud.

2.3.7 Fortalecidas las redes de salud para asegurar la entrega continua y complementaria de servicios de salud.

2.3.7.1. Al 2025, se han establecido acuerdos y convenios para la entrega de servicios de salud continuos y complementarios por parte de los diferentes proveedores a nivel territorial.

2.3.7.3. Al 2025, al menos el 90 % de hospitales han sido intervenidos, según plan de mejoramiento de infraestructura sanitaria.

2.3.7.4. Al 2025, al menos el 70 % de establecimientos de salud han sido intervenidos, según plan de mejoramiento de equipamiento y mobiliario.

2.3.7.5. Al 2025, el total de establecimientos de salud cuentan con abastecimiento de al menos 95 % de medicamentos, según el Listado Institucional de Medicamentos Esenciales (LIME).

2.3.7.6. Al 2025, se ha integrado el 100 % de instituciones del SNIS al Sistema de Emergencias Médicas (SEM), y aplican la normativa de traslados vigente.

2.3.8 Fortalecida la gestión de recursos humanos.

2.3.8.1. Al 2025, se ha incrementado la densidad y distribución del personal sanitario igual o mayor a 23 por 10,000 habitantes, con el objeto de disminuir la brecha en dotación de recursos humanos.

2.3.9 Fortalecidos los programas de salud de interés público en función de la salud universal.

2.3.9.2. Al 2025, se ha reducido la mortalidad materna a 24 defunciones maternas o menos por 100,000 nacidos vivos.

2.3.9.3. Al 2025, se ha reducido la mortalidad en niñas y niños menores de 5 años a 10.3 defunciones o menos por 1,000 nacidos vivos.

2.3.9.4. Al 2025, se ha reducido la mortalidad neonatal a 5.4 defunciones o menos por 1,000 nacidos vivos.

2.3.9.5. Al 2025, se ha reducido la incidencia de VIH a 0.08 casos nuevos por 1,000 habitantes.

2.3.9.6. Al 2025, se ha reducido la incidencia de tuberculosis a 22.9 casos nuevos por 100,000 habitantes.

2.3.9.7. Al 2025, se ha reducido la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles a 196.9 defunciones por 100,000 habitantes.

2.3.9.8. Al 2025, se ha reducido a 2.5 la tasa de mortalidad por suicidio por 100,000 habitantes.

2.3.9.9. Al 2025, se ha reducido a 5.21 la tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico por 100,000 habitantes.

2.3.9.11. Al 2025, se ha reducido la tasa de fecundidad de las adolescentes a 60 nacimientos por cada 1,000 mujeres de ese grupo de edad.

2.3.10 Potenciada la intersectorialidad y la participación social.

2.3.10.1. Al 2025, el 100 % de las instituciones de salud integrantes del SNIS han adoptado el marco normativo para la vigilancia epidemiológica.

2.3.11 Fortalecida la Promoción de la salud, comunicación social y rendición de cuentas.

2.3.11.1. Al 2025, al menos el 70 % de las RIIS cuentan con procesos de rendición de cuentas y contraloría social.

2.3.12 Mejorada la salud ambiental.

2.3.12.2 Al 2025, el 100 % de los establecimientos de las instituciones integrantes del SNIS y colaboradores que proveen servicios de salud hacen un manejo adecuado de los residuos sólidos comunes y bioinfecciosos.

2.3.13 Fortalecida la gestión de respuesta ante emergencias sanitarias, pandemias y desastres.

2.3.13.2 Al 2025, se ha reducido la vulnerabilidad en el 15 % de hospitales, en cumplimiento del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030.

DISPOSICIONES TÉCNICAS

El plan operativo anual (POA) deberá entenderse como la herramienta gerencial integrada con que cuentan los responsables de los equipos de trabajo de todas las dependencias del hospital para asegurar —en su gestión— el logro de los objetivos, metas y actividades para el ejercicio anual.

A. De los participantes en la elaboración del Plan Operativo.

La elaboración del POA deberá ser coordinado por el jefe o coordinador de cada departamento, unidad, equipos o comités formados, de manera **participativa**, considerando el personal directamente involucrado en los procesos de trabajo de área (Jefaturas y Personal Técnico), a fin de lograr el debido compromiso personal con los objetivos y metas institucionales.

Los equipos formados deben reunirse las veces que consideren necesarias para garantizar la participación de todos los involucrados, dejando las evidencias necesarias de la participación.

B. Del proceso de elaboración, revisión, aprobación, divulgación y ejecución.

i. Elaboración: La formulación del POA inicia con la recepción y puesta en marcha de los presentes lineamientos e instrumentos.

Se deberán realizar las reuniones técnicas o consultas entre los miembros del departamento, comités y equipos a fin de obtener insumos e ideas de todos los participantes, (deberá dejar constancia escrita)

Se deberá elaborar el POA con base a los lineamientos brindados en este documento, incluyendo anexos

ii. Revisión: para la revisión del POA de departamento, comite o división, cada jefe de División, Jefe UOC, y Jefes de unidades de gerencia podrá solicitar la revisión por parte de una comisión integrada por: Jefe de Planificación, jefe de la división a la que pertenece el departamento, o Coordinador de la Unidad de calidad, un representante de dirección, y el POA se expondrá por el jefe o coordinador del departamento en cuestión, y se harán los cambios respectivos en caso sean necesarios.

iii. Aprobación: al obtener la revisión por parte de la comisión formada, esta dará el visto bueno para la firma y aprobación del POA del departamento, comité o equipo.

iv. Divulgación y ejecución: Una vez aprobado, el plan operativo debe ser divulgado a todos los miembros del departamento, comité o equipo con el fin de iniciar su ejecución y trabajar

conjuntamente y de manera armónica hacia el logro de los objetivos planteados dentro del plan en el tiempo establecido, haciendo el mejor uso de los recursos asignados.

C. De la estructura, los instrumentos para elaborar el POA y las instrucciones para su llenado.

Para facilitar la elaboración y la ejecución del POA, se pondrá a disposición una serie de hojas de cálculo y anexos que deberán conformar su plan operativo.

ESTRUCTURA DEL POA:

- **PAGINA 2:** pagina dedicada la firma por el jefe o coordinador del área y la jefatura superior.
- **PAGINA 3:** pagina dedicada a la mención del equipo que participo en la elaboración del POA. en el cuadro encontrará un ejemplo del llenado del mismo, para fines de documento final, se deberá eliminar este ejemplo y agregar los nombres y cargos de aquellos que participaron en la elaboración del mismo, podrá agregar o eliminar filas, de ser necesarios. Además, encontrara un espacio para agregar la fecha en la cual se aprobó dicha POA
- **INTRODUCCION:** esta se deberá plasmar la presentación del documento de manera rápida, que es poa, como se elaboró, que contiene, etc., no deberá exceder de 1 pagina.
- **MISION Y VISION DEL HOSPITAL NACIONAL DE METAPAN:**

MISIÓN

“Somos la institución prestadora de servicios de salud pública, que garantiza a los habitantes la cobertura de servicios oportunos, integrales, eficientes, eficaces y de calidad, en continua búsqueda de la prevención, curación y rehabilitación del usuario, fomentando el auto cuidado de la salud en los pacientes optimizando para ello los recursos existentes.”

VISION

“Ser la institución que aplique una gestión pública transparente y efectiva que dé respuestas integrales a las necesidades de salud de la población a través de servicios humanizados, innovadores y multidisciplinarios durante el presente quinquenio.”

Estas ideas rectoras son tomadas del Plan Estratégico Institucional del Hospital de Metapán.

ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE METAS EN EL

POA 2022: se deberá realizar un análisis en conjunto con el equipo a manera, de dar respuesta a las actividades que se plasmaron durante el año 2022, explicar razones del no cumplimiento. Y mencionar factores que contribuyeron al cumplimiento de las mismas.

● CONTENIDO.

A. OBJETIVOS DE LA “UNIDAD”

Los objetivos del Hospital de Metapán, están basados en el Gestión de procesos, por lo cual a continuación se les presenta para que retomen dichos objetivos generales.

Los objetivos específicos podrán ser creados, siempre basados en el Objetivo General.

Objetivos Estratégicos.

1. Planificar Estratégicamente las macro-actividades del Hospital de manera anual.
2. Gestionar la comunicación Social en Salud, de manera anual.
3. Gestionar el Talento Humano a tiempo completo.
4. Implementar las tecnologías sanitarias, según la capacidad del hospital durante este quinquenio.
5. Implementar la Gestión de la Calidad de manera gradual y progresiva, según el Plan Estratégico Institucional del hospital. (aplica a todos los comités)
6. Buscar la innovación en salud, por medio de investigaciones científicas que proporcionen la mejora continua de la calidad en general, durante el quinquenio.

Objetivos Misionales.

1. Proporcionar atención de salud integral en emergencia a tiempo completo a los pacientes que por su condición de salud lo ameriten.
2. Proporcionar atención de salud integrales ambulatorias, a los usuarios que así lo ameriten, en los horarios previamente establecidos.
3. Proporcionar atenciones de Salud Integrales en Hospitalización todo el tiempo a los pacientes que necesiten tales atenciones.
4. Realizar procedimientos quirúrgicos seguros a los usuarios que por su condición de salud lo ameriten.
5. Proporcionar servicios de apoyo diagnóstico, terapéuticos, rehabilitación y cuidados paliativos a los usuarios que por su condición de salud lo demanden. (aplica a los servicios de apoyo y diagnostico)

6. Promover integralmente la salud, de manera permanente y continua, en la población de influencia del hospital. (Promoción de la Salud)

Objetivos de Apoyo.

1. Mantener la gestión en la cadena de suministros del hospital, de manera continua y permanente.
2. Administrar de manera eficiente las finanzas del establecimiento de manera continua y permanente.
3. Proveer servicios de soporte y apoyo de manera continua y permanente. (aplica a los departamentos de la división administrativa)

Objetivos de Control.

1. Realizar vigilancia Sanitaria a nivel hospitalario de manera continua y permanente. (epidemiología y comité de IAAS)
2. Evaluar y controlar la macro, meso y micro gestión del Hospital de manera continua y permanente. (aplica a todos los jefes de división)

B. FUNCIONES DE LA UNIDAD O DEL COMITÉ

Las funciones de la unidad o del comité se encuentran descritas en el Manual de Organización y funciones Aprobado para el año 2023, el cual este anexo en formato PDF, seleccionable.

C. FORMANTES DEL COMITÉ O EQUIPO (SOLO APLICA A EQUIPOS Y COMITES)

En este espacio encontrará una matriz para agregar los nombres y cargos del comité, ESTE NO SUSTITUYE el acuerdo administrativo hecho por dirección. NO ELIMINAR EL PRIMER NOMBRE AGREGADO.

D. CALENDARIZACIÓN DE REUNIONES ORDINARIAS (SOLO APLICA A EQUIPOS Y COMITES)

Mencione el Mes en el que se efectuara reuniones, hay comites que deben reunirse de manera mensual

1. CSSO	2. Medio Ambiente	3. IAAS	4. Farmacovigilancia
5. Morbimortalidad (materna/infantil)	6. Mortalidad	7. Auditoria médica.	

En resto cada 2 meses estará bien, (aunque pueden optar por reuniones mensuales)

E. FODA.

Como herramienta el análisis FODA, puede ser representado a través de una matriz, la matriz FODA, que es una importante metodología para la formulación de cuatro tipos de estrategias: FO, DO, FA y DA.

Generalmente se utilizan DO, FA o DA, para llegar a una situación en la cual pueda aplicar una estrategia FO.

Cuando una organización afronta debilidades importantes, tratará de vencerlas y convertirlas en fortalezas; cuando la organización se ve enfrentada a una amenaza grave luchará por evitarla y concentrarse más en las oportunidades.

○ **Análisis Interno**

- **Fortalezas:** Se denomina fortalezas o puntos fuertes (F) a aquellas características o aspectos internos de la situación problemática que facilitan o favorecen el logro de los objetivos
- **Debilidades:** Se denomina debilidades o puntos débiles (D) a aquellas características propias de la situación que constituyen obstáculos internos al logro de los objetivos.

○ **Análisis Externo**

- **Oportunidades:** Se denomina oportunidades (O) a aquellos aspectos del entorno externo de la situación que pueden favorecer el logro de los objetivos o iniciar nuevos emprendimientos.
- **Amenazas:** Se denomina amenazas (A) a aquellos aspectos que se presentan en el entorno de la situación problemática que pueden afectar negativamente las posibilidades de logro de los objetivos. Son variables que ponen a prueba la supervivencia de una organización y que, reconocidas a tiempo, pueden evitarse o ser transformadas en oportunidades.

F. PRIORIZACION DE PROBLEMAS

MATRIZ HANLON: DE LOS PROBLEMAS SURGIDOS EN EL FODA, SE DEBERAN AGREGAR A LA MATRIZ EN “**Problema Identificado**” PARA INICIAR CON EL CALCULO SE DEBE ENTENDER LAS SIGUIENTES DEFINICIONES:

- **MAGNITUD (A):** Toma en cuenta al número total de personas que tienen el problema, ya sea en grupos pequeños o grandes. Su ponderación se basa en una escala **del 0 a 10**. Existen dos formas para establecerla:
 - 1- De acuerdo al total de población afectada.
 - 2- De acuerdo al porcentaje de población afectada.

Forma de asignar puntos a la magnitud, en base al total de población afectada	
Unidades por 100,000 habitantes	Puntuación
50,000 o más 1	10
5,000 a 49,9999	8
500 a 4,999	6
50 a 499	4
5 a 49	2
0.5 a 49	0

Forma de asignar puntos a la magnitud, en base al Porcentaje de población afectada	
Unidades por 1000 habitantes	Puntuación
50% o más	10
5% a 49 %	8
0.5% a 4.9%	6
Menos de 0.5%	4

- **SEVERIDAD (B):**

Severidad o trascendencia del problema (0-10 puntos), se establece de acuerdo a cuatro componentes que están determinados por la **urgencia, la gravedad, la pérdida económica y número de personas afectadas.**

Este componente se apoya en datos subjetivos y objetivos para su evaluación.

Los datos subjetivos puede ser la carga social que genera el problema y la mortalidad, morbilidad o la incapacidad serían los datos objetivos del mismo.

Preguntas que pueden ayudar a estimar la severidad son:

¿Es grave el problema considerado?

¿De cuántas muertes prematuras o años potenciales de vida perdidos es responsable?

¿Este problema es más importante en ciertos grupos (niños, embarazadas, u otros)

¿Cuáles son los costos y el tiempo asociados al tratamiento y a la rehabilitación de las personas afectadas por el problema?

Mediante la ponderación de estas interrogantes, se da un valor en una escala del 0 al 10 de acuerdo a la importancia o gravedad del problema. Se evalúa cada uno de los aspectos determinados en cada problema y se obtiene la media.

- **EFFECTIVIDAD (C):**

Este componente evalúa la capacidad para actuar sobre los problemas de salud.

Valora si los problemas se pueden controlar o erradicar en una escala con intervalos de **0.5, 1 y 1.5.**

Cuando el problema no se puede controlar su valor es 0.5, si se controla parcialmente es igual a 1 y, si tiene control total es igual a 1.5.

- **FACTIBILIDAD (D):**

Este componente evalúa si un programa o actividad en particular puede aplicarse y permite determinar si el problema tiene solución. Significan:

- **Pertinencia** (grado de importancia, relevancia)

- **Factibilidad económica.** (tenemos la capacidad económica de solventarlo)

- **Aceptabilidad.** (se cuenta con el apoyo del equipo, compañero de trabajo, gerencia, será de buen visto por lo clientes *pacientes*)

- **Disponibilidad de recursos.** (contamos con los recursos, humanos, tecnológicos, estructurales etc)
- **Legalidad.** (hay apoyo legal, basado en leyes, reglamentos o normativas)

A cada uno de los elementos se les da un valor de 1 si es positivo y 0, si es negativo. Si alguno de los elementos presenta un valor de 0, se considera un problema de salud no viable de solución

Posteriormente se procede a realizar la operación matemáticas

Índice de Hanlon = $(A+B) C \times D$, donde A corresponde a la magnitud del problema, B la severidad, C corresponde a la eficacia de solución y D la factibilidad de intervención.

G. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Posterior a la priorización de Hanlon, deberá agregar en la siguiente matriz los problemas priorizados, la causa del problema y sus actividades para atacar el problema.

Priorización de Problemas, determinación de causas y definición de actividades			
No.	Problemas priorizados	Causas del problema	Actividades para atacar causas del problema priorizado
1			
2			
3			
n			

Para cada problema priorizado se requerirá definir un resultado. Estos elementos les servirán para llenar la hoja de Programación de Actividades de Gestión, pues las puramente asistenciales las programarán en el formulario respectivo.

H. VALORACIÓN DE RIESGOS

El instrumento consta de diez columnas:

(la columna 1: es el numero de riesgo)

- **Columna 2 “nombre del riesgo”.** Falla, rompimiento, cuello de botella, nudo crítico. Es la acción que de manera negativa podría evitar el **logro de los objetivos de trabajo** establecidos en un proceso determinado. Por ejemplo, no disponer de la información con oportunidad y

veracidad; recepción tardía de solicitudes; retrasos en la revisión y/o aprobación de documentos por otras instancias, no disponer de recursos humanos, etc. **No agregar riesgos a la seguridad laboral (esto lo realiza el CSSO)**

Columna 3 “Proceso”. Generalmente asociado a sus productos o salidas: consultas, egresos, partos y cirugías, pero puede ser cualesquiera otros que se considere esenciales para la entrega de servicios de salud.

- **Columna 4 “Objetivo”.** De los objetivos antes creados, ya sea del general o de los específicos se deben escribir en este espacio, cual objetivo afectaría el riesgo en cuestión.
- **Columna 5 “Causa del riesgo”.** Describir de manera breve y directa la causa de que origina el riesgo, ejemplo: *No hay procesos de inducción general establecidos dirigido al personal de nuevo ingreso, y a personas que sean promovidos a nuevos puestos de trabajo (riesgo), Causas del riesgo: El actual plan de inducción es escueto, no se apega a realidad y se encuentra desactualizado*
- **Columna 6 “Frecuencia del riesgo”.** Probabilidad de que ocurra o número de veces que el proceso está expuesto para que suceda el riesgo. Calificar numéricamente si Ocurre muy ocasionalmente (Baja = 1); ocurre regularmente (Media = 2); ocurre permanentemente (Alta = 3).
- **Columna 7 “Impacto del riesgo”.** Es el grado de afectación sobre el logro de las metas en caso ocurra el riesgo. Calificar numéricamente si afecta poco el resultado (Leve = 1); afecta parcialmente (Moderado = 2); afecta en un alto porcentaje la consecución del resultado (cumplimiento de objetivo) (Severo = 3).
- **Columna 8 “Exposición al riesgo (F x I)”:** Es el resultado de la multiplicación entre frecuencia e impacto, lo que denotaría que, a mayor frecuencia e impacto, mayor es la exposición al riesgo. Producto: 1 – 3 (no prioritario); 4 – 6 (puede considerarse como prioritario); 7 – 9 (es prioritario, urge intervenir).
- **Columna 9 “Respuesta al Riesgo”.** Son las medidas o acciones a poner en práctica, acordadas por la unidad o jefatura y su equipo, para minimizar o eliminar el riesgo identificado. Deben ser claras, precisas y concisas.
- **Columna 10 “responsable de la respuesta al riesgo”.** Es aquella instancia, oficina, departamento, responsable en la que recae la ejecución de la acción de control para la minimización del riesgo, será necesario describir el cargo de la persona que monitoreará y supervisará el cumplimiento de la acción determinada.

I. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE GESTIÓN

En esta sección deben incluirse las actividades que se definieron para resolver los problemas priorizados que se identificaron en el literal g “Priorización de problemas, agregar también las acciones de control de riesgo surgidas en la matriz de riesgo, además colocar actividades

relacionadas con los procesos claves que se desarrollan en el departamento, equipo y gestión, incluyendo las relacionadas con el componente medio ambiental.

La primera columna es para registrar las **actividades**, una por cada fila, para cuya redacción se debe iniciar con un verbo en infinitivo: realizar, ampliar, adecuar, entre otros. Ejemplos de actividades son: realizar reuniones, realizar jornadas de capacitación, elaborar estudios, realizar monitoreos, ejecutar procesos de compra, elaborar informes de ejecución presupuestaria, etcétera.

Las siguientes columnas corresponden a:

Indicador: indica o señala algo, es el medio para verificar el logro de resultados esperados. Generalmente se construyen mediante la relación de dos o más variables (proporción, porcentaje, tasa); pero también puede quedar a nivel de número en cifras absolutas.

Meta 2023: Dato cuantitativo o cualitativo que representa el total de la actividad que se programa para el año 2022.

Responsable: Anotar el nombre de la dependencia de la cual dependerá directamente la realización de la actividad o proyecto.

Aporta al PEI: escribir el número del PEI al que aporta dicha actividad

Programación por trimestre: espacio brindado para agregar por trimestre las actividades a realizar en periodo de tiempo determinado.

Supuestos externos: Son los elementos facilitadores para la consecución de la actividad. Se redactan en positivo y el razonamiento para su formulación es: Si ciertos supuestos se cumplen, entonces se logrará realizar los objetivos. Deberá redactarse un supuesto para cada actividad.

J. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES

En el documento se encuentran TODAS las actividades asistenciales de producción específica de cada departamento, a manera que cumpla con lo establecido en la POA Institucional, se incorporará por parte de planificación, **POR LO QUE DEBERA** entregarla en Word para agregarlo y eliminar las partes que no apliquen. **LOS COMITES Y EQUIPO NO APLICA ESTA SECCION**

K. GESTIÓN POR INDICADORES

Este apartado es nuevo en la POA, surge a raíz de las recomendaciones brindadas de incorporar los indicadores en la POA a fin de presentar mejoras en las mediciones, Seguimiento y medidas de mejora continua.

En el Documento anexo “INDICADORES_DEL_HOSPITAL” encontrara una serie de indicadores propios del hospital, si desea crear algún indicador especifico, deberá presentarlo a la Unidad de Planificacion para visto bueno.

N	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DE DATOS	ESTÁNDAR	PERIODO DE MEDICION
Numero correlativo	Escriba los datos del indicador tal cual aparece en el documento				

L. MEDIDAS A ADOPTAR.

Esta etapa sirve para determinar si se están logrando las metas planteadas y detectar posibles desviaciones con respecto a lo programado, a fin de aplicar las medidas preventivas y correctivas según sea el caso. Es en esta etapa que se retroalimenta el proceso de planificación, abriendo la posibilidad de realizar los ajustes al plan que se consideren pertinentes.

Durante el mes siguiente al mes ejecutado, se debe de reunir el equipo, comité o departamento y analizar objetivamente el cumplimiento de las actividades programadas, pero principalmente el impacto en los resultados al hospital.

Se considera no alcanzado cualquier resultado por debajo del 80%

Resultado	Cumplimiento	Proceso a seguir
100-80%	Adecuado	Continuar y mejorar
60-79%	No adecuado	Realizar justificación y/o plan de mejora
Menos de 59%	incumplimiento	Elaborar plan de mejora. Y evaluar en 2 meses

Con el fin de estandarizar la sistematización de los hallazgos y las decisiones que se tomen en el marco del seguimiento al plan se debe utilizar el formulario “Medidas a adoptar”. (**anexo 7**).

La matriz de **Medidas a adoptar** se debe llenar según los resultados que no se lograron alcanzar, determinando el factor o situación que impidió su consecución y las medidas que se pondrán en práctica para corregir la situación:

Resultado esperado: Registrar el resultado no alcanzado, tanto de la matriz de programación de actividades asistenciales, como la de actividades de gestión.

Factor o situación que impidió la realización de la meta: Describir qué fue lo que no permitió el cumplimiento del resultado en cuestión.

Medidas a adoptar: Enumerar las medidas que se pondrán en práctica para corregir la situación.

Antes de (qué fecha): Indicar la fecha antes de la cual la situación debe estar corregida conforme la aplicación de las medidas a adoptar.

Responsable: Registrar el nombre de la persona que deberá responder por la corrección de la situación encontrada.

Recomendaciones finales.

- Trabajar el documento de Word.
- En la medida de lo posible usar tipo de letra Arial, 12 con interlineado a 1.5 cm, justificado.
- Realizar de manera conjunta, enfermería, médicos etc. Son Programaciones de departamento, no de diciplinas.
- Cumplir con los tiempos establecidos
- TODAS LAS POAS debes estar validadas y autorizadas antes del 23 de diciembre del presente.