

**MINISTERIO DE SALUD**  
**Plan Operativo Anual**  
**Año 2020**

**PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE GESTIÓN**

**ENERO 2021**

No.	HOSPITAL: <i>Nacional "Dr. José Antonio Saldaña"</i>	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.	%	
<b>1</b>	<b>Objetivo: CONTRIBUIR A MEJORAR EL CONTINUO DE LA ATENCION DEL USUARIO.</b>																	
1,1	Resultado esperado: Fortalecimiento de la Estructura interna del sistema de referencia y retorno																	
1.1.1	Gestionar la contratacion de 1 digitador	1	gestion realizada	Documento de gestión	Dirección	1	0	0%									n/a	Debido a que en este hospital, desde feb 2020, se realizaron cambios en las funciones, por la inminente entrada del covid 19, no se pudo dar cumplimiento a este compromiso, ya que las necesidades institucionales cambiaron.
1.1.2	Distribucion equipo informatico a los diferentes servicios institucionales para la digitacion oportuna.	1	Numero de equipo informatico distribuido/ numero de servicio	Documento de entrega de equipo	Dirección/ Jefe Informatica	1	0	0%									n/a	El hospital fue designado para la atención exclusiva de pacientes por Covid 19.
<b>2</b>	<b>Objetivo: REALIZAR ACCIONES DIRIGIDAS A CONTRIBUIR A LA REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD EN EL CICLO DE LA VIDA.</b>																	
2,1	Resultado esperado: Fortalecimiento de capacidades resolutivas para la atención del recién nacido.																	
2.1.1	Monitoreo del cumplimiento de cursos de atención neonatal (PNR y TESALVA)	8	N° de cursos realizados/N° de cursos programados	Reportes de resultado de curso	Dirección/ Jefe Dpto. Medicina General	2	0	0%	2	0	0%	3	0	0%	1	n/a	0%	No realizadas. En el Pais se suspendieron las capacitaciones, debido a la Pandemia por Covid-19.
2.1.2	Revisión de reportes de casos de asfíxia perinatal	4	N° de reportes analizados/ N° de reportes programados	Reportes analizados	Dirección/Jefe Ginecobstetría	1	no casos	100%	1	no casos		1	1	100%	1	No casos	0%	<b>Solamente se presentó un caso en el III Trim.</b>

2.1.3	Revisión de reportes de monitoreo del cumplimiento de las acciones MADLAC relacionadas a la atención del recién nacido.	4	N° de reportes analizados/ N° de reportes programados	Reportes analizados	Dirección/Jefe Ginecología	1	no casos		1	n/a		1	n/a		1	n/a		Debido a que las pacientes que atendemos son sospechosas o confirmadas con COVID 19 no nos permite cumplir los lineamientos MADLAC
2,2	Resultado esperado: Mejorar acciones dirigidas a la prevención de las complicaciones de las ECNT.																	
2.2.1	Análisis mensual del comportamiento de las ECNT en la institución en Sala Situacional	12	N° de Análisis realizados/ N° análisis programados	Actas de reunión	Dirección/Epidemiólogo	3	0	0%	3	0	0%	3	0	0%	3	n/a	0%	Solamente se lleva registro de pacientes diagnosticados sospechosos o confirmados Covid-19.
2.2.2	Diseño de material educativo para prevención de complicaciones	12	Total de Cirugías realizadas y suspendidas.	Registros virtuales y en físico para el control de producc.	Jefe de Sala de Operaciones/U. de Planific.		0	0%	1		0%	1	n/a	0%	1	n/a	0%	Estaba en proceso de diseño, pero el Hospital a partir de febrero cambió de funciones por la Emergencia Covid y no se pudo completar.
3	<b>Objetivo: ESTABLECER PROCESOS PARA GARANTIZAR EL CUIDADO AL MEDIO AMBIENTE.</b>																	
3,1	Resultado esperado: Dar cumplimiento a las directrices sobre el cuidado del medio ambiente.																	
3.1.1	Continuar gestión para la construcción de la Planta de Tratamiento de Desechos Líquidos	1	Gestion realizada	Documento de gestión	Dirección		0	0%			0%			0%	1	1	20%	A pesar de la Pandemia, se ha iniciado con Saneamiento Ambiental y Div. Administrativas las gestiones respectivas para activar la Planta. Ya se tienen las cotizaciones.
3.1.2	Gestión de reparación del Centro de Acopio Institucional	1	Gestion realizada	Documento de gestión	Dirección	1	100%	100%										<b>Remodelado y funcionando 100%</b>
3.1.3	Gestión de destrucción de desechos químicos hospitalarios	1	Gestion realizada	Documento de gestión	Dirección										1	1	70%	En proceso la Solicitud de compra, por parte del Enc. de Gestión Ambiental.
3.1.4	Gestión de construcción de Centro de Acopio de Desechos Químicos	1	Gestion realizada	Documento de gestión	Dirección							1		0%				Pendiente con el proceso de solicitud de compra. Se ha realizado una redistribución de fondos para cumplir con los estándares de remodelación Covid-19.
4	<b>Objetivo: GARANTIZAR LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA EFICIENTE.</b>																	
4,1	Resultado esperado: Mejorar la gestión administrativa y financiera.																	

4.1.1	Cumplimiento de la programación de reuniones de Comité Económico	24	No. Reuniones cumplidas/ No. Reuniones programadas.	Actas de comité	Dirección/Coordinador de Comité	6	2	0%	6	n/a	0%	6	1	33%	6	3	50%	100% hasta inicios de feb. En marzo suspendidas las reuniones debido a lineamientos emitidos para el distanciamiento social. <b>Retomadas en el III trim.</b>
4.1.2	Monitoreo de la ejecución presupuestaria.	12	Reportes analizados/ Reportes programados	Informes mensuales de ejecución presupuestaria.	UFI /Dirección.	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	<b>100% enviados reportes a Dirección.</b>
4.1.3	Monitoreo de la ejecución del Plan de Compras	12	Reportes analizados/ Reportes programados	Informes mensuales de ejecución del Plan de Compras	UACI/Dirección	3	2,7	90%	3	3	100%	3	3	n/a	3	n/a	0%	<b>Se cumplió al 100% en el II Trm.</b>

Dr. José Enrique Rodríguez Rivera  
**Director**