



Usulután, El Salvador Enero 2015



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL “SAN PEDRO” USULUTAN

PLAN OPERATIVO ANUAL

2015



HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO USULUTAN /-

Generales del Hospital.

Nombre de la Dependencia  
Que Programa : Hospital Nacional Usulután US "San Pedro"

Instancia de la que Depende : Ministerio de Salud

Dirección : Final Calle Federico Penado salida a San Salvador, Usulután.

Teléfono/Fax : 26338838, 26338835

E-mail de Contacto : alfredo\_gonza@yahoo.es, jchicas@salud.gob.sv

Nombre del Director : Dr. Alfredo Enrique González

Fecha de Aprobación de la POA 2015

: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

Dr. Alfredo Enrique González  
Director del Hospital Nacional  
San Pedro Usulután.

---

Dr. Luis Enrique Fuentes Arce  
Director Nacional de Hospitales  
Ministerio de Salud.

**MINISTERIO DE SALUD**  
**Plan Operativo Anual Hospitalario**  
**Año 2015**

**Denominación, Naturaleza y Funciones del Hospital**

<b>HOSPITAL</b>		<b>HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO USULUTAN</b>
<b>MISIÓN</b>		Brindar atención de prevención, promoción, curación y rehabilitación al individuo, la familia y la comunidad con eficiencia, eficacia, equidad, calidad y calidez humana en armonía con el medio ambiente y una efectiva coordinación con el sistema Básico de salud.
<b>VISIÓN</b>		Lograr ser una institución de salud donde el hospital proporcione exclusivamente atención de segundo nivel con eficiencia, eficacia, equidad, calidad y calidez con un personal motivado y comprometido con los propósitos de la institución.
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	1	Gestión oportuna de recursos para mejorar la capacidad de respuesta de la red de establecimientos de provisión de los servicios de salud.
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	1	fortalecer la red integrada e integral de salud
	2	Garantizar la eficiencia en la distribución y ejecución del presupuesto asignado y votado
	3	fortalecer la red integrada e integral de salud
	4	Acortar tiempos de espera en cirugía electivas
	5	Realizar monitoreo y evaluación de las realizaciones de las actividades programadas
	7	Garantizar el abastecimiento oportuno de medicamentos e insumos
<b>FUNCIONES PRINCIPALES</b>	1	Garantizar la eficiente gestión de los recursos para la provisión de los servicios de salud
	2	Socializar política, leyes, normas, reglamentos, normas técnicas sanitarias y administrativas
	3	Asesorar, evaluar y controlar las acciones para el logro de los objetivos y metas propuestas
	4	Controlar los recursos humanos, materiales y financieros asignados para el funcionamiento de cada área
	5	Velar por la conservación y mantenimiento de las instalaciones y equipos correspondientes
	6	Vigilar y mantener el abastecimiento adecuado periódico de suministros médicos y no médicos
	7	Coordinar con las entidades correspondientes las acciones que contribuyan a brindar soluciones integrales a problemas de salud y sus factores condicionantes

Fuente: Manual de Organización y Funcionamiento

**MINISTERIO DE SALUD**  
**Plan Operativo Anual**  
**Año 2015**  
**Programación de Actividades de Gestión**

No.	HOSPITAL: Hospital Nacional San Pedro, Usulután	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	<b>Objetivo: Contribuir a disminuir la morbilidad materno neonatal mediante una atención eficaz oportuna y de calidad.</b>																	
1,1	<b>Resultado esperado: Disminuir la morbilidad materna en el hospital durante el año 2015.</b>																	
1.1.1	Disminuir el índice de cesárea de primera vez al menos en un 1% del total de partos en relación al año previo	1%	(# de cesáreas realizadas / # total de partos atendidos)*100	Sistema Informático Perinatal (SIP)	Jefe servicio de ginecoobstetricia	0%		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Conocimiento y aplicación adecuada del criterio de indicación de cesárea por médico tratante. Indicaciones adecuadas de inducción y conducción
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
1.1.3	Capacitación a personal del primer nivel de atención sobre detección de riesgos obstétricos para referencia oportuna.	80	# de recurso médico capacitado / # total de médicos a capacitar	Libro de registro de capacitaciones realizadas	Jefe de ginecoobstetricia y coordinador de SIBASI	20		0%	20	0%	20	0%	20	0%	20	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		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).	12	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	3		0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	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 morbilidad materno perineonatal.	12	Reuniones realizadas / Total de reuniones programadas	Actas de reunión y lista de asistencia	Comité de Morbimortalidad materno	3		0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	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 total de alta)	Expediente clínico Informe mensual de MCC	Jefe servicio de pediatría	100%		0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	0%	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	80	# de recurso médico capacitado / # total de médicos a capacitar	Libro de registro de capacitaciones realizadas	Jefe de obstetricia y coordinador de SIBASI	20		0%	20	0%	20	0%	20	0%	20	0%	0%	No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas. Participación activa de coordinador 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		0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	0%	No ocurrencia de situaciones de emergencia que obliguen a suspender actividades educativas
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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	0%	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 UCSE	3		0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	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 responsabilidad	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%	100%	0%	0%	Adecuada coordinación con el SIBASI.

2	Objetivo: Establecer mecanismos para favorecer la mejora continua de la calidad en el hospital para el año 2015.															
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	Listado de capacitaciones. Listado de chequeo de lavado de manos	Comité de IAAS	100%	0%	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%	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%	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%	100%	0%	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 2015.															
2.2.1	Auditoría de expedientes de las cuatro especialidades básicas.	40 Expediente	Número de expedientes auditados del total programado	Lista de chequeo	Jefe de consulta externa	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%	10	0%	Disponibilidad de recursos necesarios para la auditoría.
2.2.2	Gestión e implementación del sistema de citas computarizado (médicas y de servicios de apoyo).	1	Sistema implementado	Matriz de citas	Jefe de ESDOMED y consulta externa									1	0%	Disponibilidad del equipamiento y conexiones requeridas. Personal capacitado en el uso del sistema
2.2.3	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	1	Proyecto en ejecución	Proyecto en ejecución	Jefe de consulta externa	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	Colaboración de médicos proveedores de consulta externa y coordinación del SIBASI.
2.2.4	Incrementar en un 2% la consulta de primera vez en relación al año previo	2%	(# de consultas de primera vez / total de consulta)*100	Sistema de Programación Monitoreo y Evaluación (SPME)	Jefe de consulta externa	0,5	0%	0,5	0%	0,5	0%	0,5	0%	0,5	0%	Proyecto de desconcentración implementado.
2,3	Resultado esperado: Disminución de los tiempos de espera en las consultas de emergencia para el año 2013.															
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		10		Personal de salud capacitado en Triage.
2,4	Resultado esperado: Acortar tiempos de espera para cirugía electiva en el año 2015.															
2.4.1	Incrementar las cirugías electivas ambulatoria en un 5%, con respecto al año previo.	5% 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	1%	0%	1%	0%	1%	0%	2%	0%	0%	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%	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%	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%	3	0%	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.																	
3.1.1	Registro adecuado de referencias recibidas.	100%	(# referencias recibidas registradas en SIMMOW / # referencias recibidas)	Libro de registro de referencias de enfermería. SIMMOW	Enfermera jefe de consulta externa. Epidemiólogo. Jefe médico de consulta externa.	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)	Libro de registro de referencias de enfermería. SIMMOW	Jefes de servicio. Epidemiólogo. Enfermera jefe de hospitalización.	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 recibidos)	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 jefaturas de áreas.
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 SIPACI	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 SIPACI
3,2	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.																	
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%										Contar con personal capacitado. Interés por parte de los establecimientos de Primer Nivel de Atención para la descentralización de
3.2.2	Desconcentración de colocación de sondas vesicales.	50%	% de procedimientos de colocación de sondas vesicales desconcentrados	Libro de registro de procedimientos realizados en consulta externa o emergencia	Jefe médico y enfermera de consulta externa	10		0%	15		0%	15		0%	10		0%	Abastecimiento de sondas vesicales en el Primer Nivel de Atención. Aceptación del usuario a participar en este modelo de descentralización.
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 2015 de Comité de Farmacovigilancia elaborado.	1	Plan de trabajo 2015 elaborado	Plan de trabajo 2015 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 2015.	100%	(Actividades del plan 2015 desarrolladas / actividades del plan 2015)	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 programado	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%	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	1	100%						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%				Presupuesto para compra de medicamentos e insumos acorde a necesidades.
<b>5</b>	<b>Objetivo: Diseñar e implementar estrategias para lograr la integración, formación y eficiencia del Recurso Humano.</b>																	
<b>5,1</b>	<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%				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 2015.	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%	Que las direcciones de hospitales y de recursos humanos autoricen el plan de capacitación.
<b>6</b>	<b>Objetivo: Disminuir la mortalidad general intrahospitalaria.</b>																	
<b>6,1</b>	<b>Resultado esperado: Disminuir la mortalidad hospitalaria en un 0.02%.</b>																	
6.1.1	Auditoría al (establecer un porcentaje según número de muertes que se tenga) de expedientes con mortalidad, para evitar la omisión de pasos en el proceso de atención en pacientes críticos	000%	Mortalidad hospitalaria	Expedientes clínicos y actas de verificación	Comité de mortalidad hospitalaria	0,01		0%	0,01		0%	0,01		0%	0,01		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 cardíaco respiratorios.	100%	Abastecimiento de medicamentos en áreas críticas de atención	Listas de chequeo	Comité de farmacoterapia. Jefes enfermeras de unidad. Jefe médico del área	100%		0%	100%		0%	100%		0%	100%		0%	Cumplimiento por parte de proveedores en el tiempo establecido.