

INFORME TRIMESTRAL (T2) DE LOS AVANCES DEL PLAN OPERATIVO ANUAL

INTRODUCCIÓN

El Plan Operativo Anual es un documento que lleva las directrices que permitirá la correcta ejecución de las actividades programadas para el 2024, las mismas están orientadas al logro de las metas previas que estableció el Servicio Nacional de Salud.

Así mismo las actividades que se realizaron están orientadas a las prioridades directivas establecidas por el SNS, de manera que para realizar el monitoreo que corresponde se desplegaron las actividades y sus productos dentro de las seis prioridades directivas.

Para el año 2024 se tiene programada un total de 143 actividades de las cuales se desprenden 600 acciones las cuales serán ejecutadas en los tiempos definidos y sus frecuencias divididas en los diferentes trimestres, con el fin de garantizar el mantenimiento de las operaciones y la cultura de la mejora continua.

PRIORIDADES DIRECTIVAS

Como parte de los ejes estratégicos para el logro de los objetivos y tener los resultados esperados, se han definidos los distintos ejes transversales que impactaran de manera directa a estos:

- Humanización y Calidad de la Atención
- Gestión y Desarrollo del Recurso Humano
- Desarrollo del Talento Humano
- Automatización de la Gestión Institucional

OBJETIVO

Los objetivos del POA 2024 del Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza se basan en el Plan Estratégico Institucional 2021-2024 del Servicio Nacional de Salud esperando los siguientes resultados:

- Redes de servicios integradas y con mayor resolución para coordinar la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; condicionada a las necesidades de salud y características de la población, con miras hacia la consecución progresiva del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
- Disminuir la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil, mediante el fortalecimiento y la integración de los servicios de salud antes de la concepción, durante el embarazo, el parto y los primeros años de vida, garantizando la calidad de la atención.
- Incrementar la capacidad de respuesta que favorezca a disminuir la morbi-mortalidad resultantes de las emergencias y desastres, mediante la detección, preparación y mitigación

de los eventos que suponen riesgos y amenazas, bajo un enfoque multisectorial que contribuya a la salud y seguridad de las personas

- Desarrollo y mantenimiento de un modelo de evaluación de la entrega de servicios sanitarios con carácter igualitario y libre de discriminación, que promueva mediante la continua retroalimentación, la generación de mejores resultados en materia de salud lo que se traduzca en el aumento de la satisfacción de las personas con respecto a los servicios públicos de salud
- Fortalecida la calidad de la atención en salud como resultado del seguimiento a los aspectos técnicos y no técnicos de la atención, que disminuya el riesgo de la seguridad del paciente y de los resultados esperados de salud
- Gestión integrada y articulada de las redes públicas de servicios de salud, con actores involucrados en la organización, gestión y atención de servicios de salud con enfoque y participación intra e intersectorial y participación social fortalecida, que promueva un ambiente favorable para la cobertura y acceso a los servicios de salud
- Reducida las disparidades en la disponibilidad de personal médico especializado y personal licenciado en enfermería que existen los diferentes niveles
- Incrementada las competencias y resolutiveidad de los colaboradores, de acuerdo a la complejidad de sus funciones, las necesidades de salud de la población y los compromisos del sector
- Fortalecida la capacidad institucional mediante la optimización de los procesos, empoderamiento del talento humano, articulación interna, tecnologías de la información y la comunicación, la infraestructura física con el fin de mejorar la oferta institucional a la población en términos de calidad y eficiencia
- Mejorada la sostenibilidad financiera mediante el control de gastos, saneamiento de las deudas e incremento de las distintas fuentes de financiamiento con el fin de garantizar la prestación de servicios en salud con oportunidad y eficiencia
- Aumentar la conexión del SNS con los medios informativos y la población, manteniendo con ellos una comunicación ágil, fluida y de calidad; que nos permita satisfacer con rapidez las peticiones y necesidades de información sobre la institución y los servicios ofrecidos.

PROCESOS RESPONSABLES

Las actividades programadas para su ejecución están desplegadas a través de distintos procesos que tienen la responsabilidad de que sean gestionadas de manera oportuna acorde al tiempo de programación. En caso de que estas no se cumplan o sean reprogramadas, deberán ser justificada y reportadas. Estos procesos son los siguientes:

- Odontología
- Farmacia
- Laboratorio
- Pediatría
- Materno Infantil
- Sub-Dirección
- Enc. Emergencias Medicas
- Calidad de Servicios
- Epidemiología
- Infraestructura y Hosteleria
- Rhumanos
- Administración
- Financiera

- Tecnología
- Gestión Calidad
- Auditoria Médica
- Comunicación
- OAI

ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y EJECUTADAS ABRIL – JUNIO 2024

Para el trimestre Abril – Junio, se tiene un total de 104 actividades desplegadas en unos los distintos meses acordes a su programación. A continuación, se muestran estas actividades, los meses en que fueron programadas y su nivel de ejecución para el trimestre acorde al mismo.

Área responsable de ejecución	Código	Nombre Actividad	Fecha de Programada de la actividad			Acciones Programadas	Acciones Ejecutadas	Efectividad	OBSERVACIONES
			ABRIL	MAYO	JUNIO				
Pediatría	1.1.1.2.01	Reunión Comité Fármaco Terapéutico (CFT) hospital promoción del uso racional medicamentos			1	1	1	100%	
Materno Infantil	1.1.1.3.01	Conformación y/o actualización de clubes de donantes de sangre en EES	1			1	1	100%	
Sub-Dirección		Taller de prevención de infecciones asociadas a la Atención en salud en las UCIN hospital prioritizadas en el plan de reducción de muertes neonatales (inpartir el equipo hospitalario)		1		1	1	100%	
Atención Usuarios	1.1.2.2.09	Vigilancia de la funcionalidad de los equipos de UCIN		1		1	1	100%	
Atención Usuarios	1.1.2.2.10	Vigilancia sanitaria del agua potable de las UCIN.			1	1	1	100%	
Atención Usuarios		Discusión de casos de MN evitables UCIN prioritizadas en el plan de reducción de MN por el equipos Hospital		1		1	1	100%	

Calidad de Servicios		Informe a los SRS del Numero de casos reportados y el numero de casos referidos a nido para angeles			1	1	1	100%	
Calidad de Servicios	1.1.2.2.12	Seguimiento a los registro de vacunas en niños menores de 5 años	1	1	1	3	3	100%	
Calidad de Servicios	1.1.2.2.15	Elaboración y seguimiento de los Planes de Mejora para la Reducción de la Mortalidad en la Primera Infancia			1	1	1	100%	
Calidad de Servicios	1.1.2.4.01	Elaboración y seguimiento de los Planes de Mejora para la Reducción de la Mortalidad en Adolescentes			1	1	1	100%	
Calidad de Servicios	1.1.2.4.02	Socialización de las Guías Nacionales de Atención Integral a la Salud de Adolescentes en el Sistema Informático de adolescentes(SIA)	1			1	1	100%	
Calidad de Servicios	1.1.3.3.01	Implementación de protocolo de atención a pacientes víctimas de violencia.	1	1	1	3	3	100%	
Epidemiología	1.1.5.1.02	Reunion del comité de emergencias para socializacion del plan Hospitalarios Emergencias de salud publica y desastres naturales con el personal del hospital.			1	1	1	100%	
Epidemiología	1.1.5.1.06	Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para respuesta a Temporada Ciclónica y Eventos		1		1	1	100%	

		Hidrometeorologicos comité de emergencias							
Sub-Dirección	1.1.5.2.01	Implementación del Modelo hospitalario y flujos de Asistencia Emergencias y Urgencias			1	1	1	100%	
Atención Usuarios	1.1.5.2.02	Socializacion e implementación del RAC-Triaje en las Salas de Emergencias Centros Hospitalarios			1	1	1	100%	
Atención Usuarios	1.1.5.2.03	Implementación del procedimiento para la entrega, recibo y reposicion de carro de paro			1	1	1	100%	
Atención Usuarios	1.1.5.2.04	Registros en el tablero de Indicadores de Gestión de las Salas de Emergencias de los Centros de Salud.			1	1	1	100%	
Rhumanos	1.1.5.2.05	Socialización de los procedimientos de traslado de pacientes		1		1	1	100%	
Rhumanos	1.2.1.2.01	Utilizacion de la plataforma digital de lista de espera quirúrgica			1	1	1	100%	
Sub-Dirección	1.2.1.2.02	Gestión de la lista de espera quirúrgica			1	1	1	100%	
Planificación	1.2.1.2.03	Elaboración de plan de mejora para la disminución de lista de espera			1	1	1	100%	
Administración	1.2.1.4.02	Elaboración e implantación del plan de mejora para la habilitación de los Servicios de Salud, incluyendo no conformidades del MSP.		1		1	1	100%	

Financiera	1.2.1.4.03	Realizar de encuesta de satisfacción a los usuarios en la Plataforma Digital.	1	1	1	3	3	100%	
Financiera	1.2.1.4.04	Elaboración de los planes de mejora de en base a los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción.			1	1	1	100%	
Financiera	1.2.1.4.07	Seguimiento al proceso de referencia y contrarreferencia de la Red.	1	1	1	3	3	100%	
Financiera	1.2.1.4.08	Gestionar los buzones de sugerencias	1	1	1	3	3	100%	
Financiera	1.2.1.5.01	Reuniones del comité de mejora continua de la calidad en la atención y seguridad del paciente para establecer avances, logros, resultados e indicadores.	1	1	1	3	3	100%	
Financiera	1.2.1.5.02	Elaborar el programa de capacitación en protocolos de practica clínica del MSP, para cada área y servicio.	1			1	1	100%	
Financiera	1.2.1.5.03	Capacitación Protocolos Clínico MSP a médicos generales, especialistas, residentes, bioanalista, enfermeras y Psicólogos que apliquen a cartera de servicio y al protocolos.	1			1	1	100%	
Financiera	1.2.1.5.05	Automonitoreo de la completitud de los expedientes clínicos y apegos protocolos maternos neonatales, infantil, epidemiología utilizando las herramientas institucionales de calidad de los Servicios.	1	1	1	3	3	100%	

Auditoria Médica	1.2.1.5.06	Automonitoreo aplicación de lista de verificación de completitud de Expediente cinco	1	1	1	3	3	100%	
Comunicación	1.2.1.5.07	Automonitoreo correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad en Cirugía	1	1	1	3	3	100%	
	1.2.1.5.11	Reuniones del Comité de Control y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)	1	1	1	3	3	100%	
	1.2.2.2.01	Supervisión de la calidad de los servicios de la nutrición			1	1	1	100%	
	1.2.2.2.03	Implementación del Plan de mejoras resultados de las evaluaciones de la calidad de los servicios de nutrición	1			1	1	100%	
	1.2.2.3.01	Capacitación en Lavado e Higiene de Manos, dirigido a todo el personal del EES			1	1	1	100%	
	1.2.2.3.02	Automonitoreo del sistema de vigilancia y control hospitalario de infecciones asociadas a la atención	1			1	1	100%	
	1.2.2.3.03	Auto evaluación del Comité de control y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.			1	1	1	100%	
	1.2.2.3.04	Reporte de Indicadores, Calidad de los Servicios de Salud	1			1	1	100%	
	1.2.2.3.05	Capacitación en Humanización de los Servicios de Salud a profesionales y técnicos de los Establecimientos de Salud priorizados			1	1	0	0%	Falta de gestion

	1.2.2.3.07	Reuniones del Comité de Bioseguridad Hospitalario	1	1	1	3	3	100%	
	1.2.2.3.08	Capacitación en la Guía de Limpieza y Desinfección de Superficies Hospitalarias del Ministerio de Salud, dirigido al personal de Limpieza del EES		1		1	0	0%	Esta actividad no se ejecutó por desconocimiento si era el centro o buscar un empleado del MSP para dar esta capacitación
	1.2.2.3.09	Implementación de los procesos de bioseguridad hospitalaria	1	1	1	3	3	100%	
	1.2.2.3.10	Elaboración de los planes de mejora a partir de los resultados de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria	1			1	1	100%	
	1.2.2.3.11	Seguimiento a los planes de mejora de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria			1	1	1	100%	
	1.2.2.3.12	Notificación oportuna de las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica	1	1	1	3	3	100%	
	1.2.2.3.13	Aplicación de Bioseguridad en CEAS (formulario DCH-FO-035)			1	1	1	100%	
	1.2.2.3.14	Supervisión de la ruta sanitaria en el EES			1	1	1	100%	
	1.2.2.3.15	Automonitoreo las medidas de políticas de bioseguridad hospitalarias.	1	1	1	3	3	100%	
	1.2.2.5.01	Gestionar los QDSR de los usuarios, canalizando hasta dar respuesta al mismo.	1	1	1	3	3	100%	
	1.2.2.5.02	Seguimiento a la actualización de las	1	1	1	3	3	100%	

		carteras de servicio de los establecimientos.							
	1.2.2.5.03	Organizar las citas a consultas externas para que todo los usuarios lleguen con una consulta programada.	1	1	1	3	3	100%	
	2.2.2.1.01	secciones de los comites Hospitalaro			1	1	1	100%	
	2.2.2.1.02	Conformación de los comité Hospitalarios		1		1	1	100%	
	3.1.1.1.01	Sesiones de trabajo para revisar los requerimientos de solicitudes de novedades			1	1	1	100%	
	3.1.1.1.02	Sesiones de trabajo para identificar causas de rotación en los establecimientos de salud			1	1	1	100%	
	3.2.1.1.01	Ejecución Plan de Capacitación SRS-2024	1	1	1	3	3	100%	
	3.2.1.2.01	Seguimiento a la evaluación de desempleo 2024	1			1	1	100%	
	3.2.1.2.02	Entrega de Plantillas de la Planificación de RRHH 2025			1	1	1	100%	
	3.2.1.3.01	Seguimiento al Registro y Control de solicitudes de Seguros Médicos para Padres.			1	1	1	100%	
	3.2.1.3.02	Implementación del Proceso de Auditoría Médica			1	1	1	100%	
	3.2.1.3.03	Elaboración de reporte y seguimiento de incidentes laborales.			1	1	1	100%	
	3.2.1.3.04	Elaboración de reporte y seguimiento del personal pasivo por enfermedad.			1	1	1	100%	
	3.2.1.3.05	Registro de subsidio por enfermedad común			1	1	1	100%	

	3.2.1.3.06	Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en la Administración Pública (SISTAP)			1	1	1	100%	
	3.2.1.3.07	Instrumentación de expedientes de pago de prestaciones laborales y desvinculaciones			1	1	1	100%	
	3.2.1.4.01	Evaluación de Metodología de Gestión Productiva	1			1	1	100%	
	3.2.1.4.02	Plan de mejora a partir de los resultados de la evaluación de la metodología de gestión productiva		1		1	1	100%	
	3.2.1.4.03	Implementación y seguimiento a los planes de mejora de la MGP			1	1	1	100%	
	4.1.1.2.01	Implementación de mejora en la gestión documental en EL CEA			1	1	0	0%	Falta de gestion
	4.1.1.2.02	Actualización del inventarios de Activos Fijo CEAS			1	1	1	100%	
	4.1.1.3.01	Actualización de portales web			1	1	1	100%	
	4.1.1.3.02	Soportes incidencias tecnológicas atendidas			1	1	1	100%	
	4.1.1.3.03	Inventario de activos tecnológicos			1	1	1	100%	
	4.1.1.17.02	Seguimiento a los indicadores comprometidos en la CCC			1	1	1	100%	
	4.1.1.17.03	Elaboración/actualización de autodiagnóstico CAF		1		1	1	100%	
	4.1.1.17.05	Seguimiento al plan de mejora CAF anterior		1		1	1	100%	
	4.1.1.17.06	Elaboración del informe de autodiagnóstico y entrega de sistema afinado de puntuación CAF			1	1	1	100%	

	4.1.1.17.08	Ejecución de las sesiones del Comité de Calidad del CEAS		1		1	1	100%	
	4.1.1.10.02	Elaboración de la memoria institucional 2024			1	1	1	100%	
	4.1.1.10.03	Seguimiento al reporte ejecución Metas Físicas y Financieras en el SIGEF 2024	1			1	1	100%	
	4.1.1.10.04	Autoevaluación del POA 2024	1			1	1	100%	
	4.1.2.1.01	Seguimiento al cumplimiento de los indicadores SISCOMPRA CEAS (si aplica)	1			1	1	100%	
	4.1.2.1.02	Siguiente y/o actualización a la conformación de los comité de compra hospitalario			1	1	1	100%	
	4.1.2.1.03	Seguimiento al registro de los hospitales en el portal transaccional (Si tiene portal)		1		1	1	100%	
	4.1.2.2.02	Asegurar el reporte oportuno de facturación eficiente de ingresos por las diferentes fuentes de financiamiento.	1	1	1	3	3	100%	
	4.1.2.2.03	Rendir oportunamente las informaciones concernientes a los indicadores de ingreso, facturación. nómina, deuda e ingresos de odontología	1	1	1	3	3	100%	
	4.1.2.2.04	Reportar oportunamente las informaciones financieras que alimentan el sistema de indicadores, fundamentas en el registro sistemático de las transacciones	1	1	1	3	3	100%	

		sosteniendo la calidad del dato.							
	4.1.2.2.05	Reportar la ejecución presupuestaria consolidada de ingresos y egresos proveniente de las diferentes fuentes de financiamiento.	1	1	1	3	3	100%	
	4.1.2.2.06	Cargar oportunamente las informaciones financieras cumpliendo con los criterios de calidad dispuestos por las normativas para que estén disponible a la ciudadanía.	1	1	1	3	3	100%	
	4.1.2.3.01	Elaboración de los Estados Financieros y sus notas de referencia.	1	1	1	3	3	100%	
	4.1.2.3.02	Crear un reporte de Análisis de Comportamiento de pago.	1	1	1	3	3	100%	
	4.1.2.3.03	Relación de activo fijo	1	1	1	3	3	100%	
	4.1.2.4.01	Análisis del comportamiento de las objeciones médicas y administrativas	1	1	1	3	3	100%	
	4.1.2.4.02	Elaboración de los planes de mejora para la disminución de las objeciones médicas, administrativas y el incremento de la facturación de los CEAS, en coordinación de los SRS los centros de salud.			1	1	1	100%	
	4.1.3.1.01	Implementación del Manual de Identidad Hospitalaria.	1			1	1	100%	

	4.1.3.2.01	Reporte de las quejas, denuncias, reclamaciones y sugerencias (QDRS), recibidas mediante el Sistema 311,			1	1	1	100%	
	4.1.3.2.02	Creación y socialización de la Matriz de Responsabilidad dirigida a los directores y encargado departamentales.			1	1	1	100%	
	4.1.3.2.04	Capacitación de Acceso a la Información Pública.		1		1	1	100%	
	4.1.3.3.01	Adquisición de insumos para la implementación del Plan intercomunicación Red Pública de Servicios de Salud.		1		1	1	100%	
	4.1.3.3.02	Implementación del Plan intercomunicación Red Pública de Servicios de Salud.			1	1	1	100%	
	4.1.3.4.02	Campaña de sensibilización uso responsables agua y energía eléctrica.			1	1	1	100%	
	4.1.3.4.03	Jornadas (reforestación / limpieza de costas / otras).		1		1	0	0%	No pudo realizarse en el plazo debido a que se tenía programada en conjunto con medio ambiente la forestación pero la agenda estaba completa
TOTAL DE ACTIVIDADES		104	41	43	74	158	154	Promedio	
								96%	

CONCLUSIÓN

Las actividades que se realizaron están orientadas a las prioridades directivas establecidas por el SNS, de manera que para realizar el monitoreo que corresponde se desplegaron las actividades en función de su programación para el trimestre.

Para el trimestre Abril – Junio, se tiene un total de 104 actividades desplegadas en unos los distintos meses acordes a su programación teniendo como conclusión:

TOTAL DE ACTIVIDADES	104	Abril	Mayo	Junio	Acciones Programadas	Acciones Ejecutadas	Cumplimiento	96%
		41	43	74	158	154		

Preparado por: Ing. Eric Garcia

Encargado de Planificación y Desarrollo



Revisado por: Dra. Dhanjelisse Then Vander Horst
Directora General

