

CUMPLIMIENTO DEL PLAN OPERATIVO ANUAL 2021

Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza

Trimestre: julio – septiembre

Cumplimiento del Plan Operativo Anual 2021

Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza

El Plan Operativo Anual es un documento que lleva las directrices que permitirá la correcta ejecución de las actividades programadas para el 2021, 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 cinco prioridades.

REDES DE SERVICIOS INTEGRADAS Y CON MAYOR RESOLUCIÓN PARA COORDINAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Para el desarrollo de esta prioridad se desplegaron los siguientes productos con sus respectivas actividades, logrando un cumplimiento del 100% en la ejecución de este producto.

Provisión de servicios de salud bucal individual y colectivo

- Se realizaron seis (3) reportes sobre servicios odontológicos ofrecidos en el trimestre destacando las atenciones de cada mes, se tomaron en cuenta el diagnóstico tratado en cada una de las atenciones.

Acceso a servicios diagnósticos y gestión de sangre segura

- Se realizó un informe de seguimiento a los servicios diagnósticos (con turno que abarquen las 24 horas), según la programación del trimestre.
- Así como también se realizó un (1) reporte sobre la adecuación de las áreas de laboratorio y de imágenes para prestación de servicios 24 h, esto con el objetivo de conocer la situación actual de las respectivas áreas en lo que respecta a instalaciones, equipos y personal.

Mejora de la provisión de medicamentos e insumos

- Se realizaron tres (3) informes con sus respectivas evidencias sobre lo recibido por PROMESE-CAL vs lo solicitado y por compra administrativa a la URGM.

DESARROLLO DE LA RED DE SERVICIO.

- Para el desarrollo de esta prioridad se desplegaron los siguientes productos:

Fortalecimiento de la gestión financiera de la Red

- Se realizó un (1) informe de análisis de ejecución presupuestaria enfocada a la programación trimestral.
- Se realizó un (1) informe de análisis de comportamiento de pago de manera trimestral.
- Se realizó un (1) informe de análisis de gestión de tesorería trimestral.
- Se realizaron todos los estados financieros cumpliendo con las normas de DIGECOB y transparencia.
- Se realizó un (1) informe de seguimiento y análisis al proceso de facturación por venta de servicios a ARS en el CEAS de manera trimestral.
- También se elaboraron tres (3) informes concernientes a la auditoría concurrente de los expedientes clínicos.

GESTIÓN Y CONTROL DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL.

- Para el desarrollo de esta prioridad se desplegaron los siguientes productos:

Fortalecimiento de la Planificación Institucional

- Realizamos un (1) informe de seguimiento al cumplimiento de la Carta Compromiso al Ciudadano, con el propósito de verificar si el comportamiento de los indicadores cumple con el estándar comprometido y de no ser así, implementar acciones de mejoras en los procesos.
- Realizamos un (1) informe de seguimiento a la implementación del Plan de Mejora CAF

Gestión documental de procesos institucionales

- Se realizó una (1) Sesión de trabajo comité de calidad.
- Se realizó una (1) Sesión de trabajo comité de calidad de los servicios con miras a mejorar la calidad en la oferta de los servicios a través del cumplimiento de los protocolos clínicos y quirúrgicos
- Se realizó un (1) informe de cumplimiento SISMAP Salud

Implementación del Sistema de Administración de Bienes

- Realizamos un (1) reportes concernientes a la actualización trimestral del Inventario CEAS en septiembre.
- Despliegue del sistema de información de producción de servicios

Mensualmente se realiza un levantamiento y reporte producción de servicios. El presente informe es el resultado del monitoreo a la realización y cumplimiento del levantamiento y reporte de la producción de servicios del hospital.

Utilizamos como metodología la validación de los datos recogidos a partir de los registros en el Sistema de Gestión Administrativa (SGA) y del registro de las plantillas que

utilizamos para ingresar cada evento que se presenta en cada área de producción de servicios de salud del hospital.

Destacar en ese mismo orden, que hemos presentado evidencias del registro digital oportuno de la producción de los servicios los tres meses del este trimestre.

En miras de dar mantenimiento a 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, se realizó cada mes una sinterización de las agendas médicas.

GESTIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO.

Plan de capacitaciones institucional

- Realizamos un (1) informe de seguimiento a la ejecución del Plan de Capacitación 2021 de la institución.
- Se elaboraron (3) reportes sobre el seguimiento al cumplimiento de horario en la institución.
- Se elaboró el plan de capacitación para el año 2022.

Política de Recursos Humanos (Clima y seguridad Laboral)

- En realizó la encuesta de clima en la institución en el mes de septiembre.

DESARROLLO DE LA CULTURA DE SERVICIO Y LA GESTIÓN DE LOS USUARIOS

Gestión usuarios

- Elaboramos un (1) informe sobre la aplicación de encuestas, también elaboramos el plan de mejora acorde al resultado obtenido.
- Realizamos un (1) reporte en lo concerniente a la promoción de la cartera de servicios y procesos internos de gestión de usuarios

Conclusión

Para el trimestre julio- septiembre estaban programadas 55 actividades con sus respectivos medios de verificación, de estas se ejecutaron 55 para un porcentaje de reporte oportuno de 100%. Las actividades que no se pudieron realizar, fueron reprogramadas ya que estas son las relacionadas a la implementación de Normas Básicas de Control Interno (NOBACI), dicho proceso se encuentra en la fase de socialización de los criterios y requisitos que se deben cumplir las instituciones para poner en marcha dicha metodología.

El cumplimiento de la ejecución es validado según las evidencias que son enviadas al Servicio Regional de Salud Metropolitano, los cuales posteriormente remiten al Servicio Nacional de Salud, esta última es la entidad rectora y la que realiza las auditorias y observaciones de mejora.

Preparado por: Lic. Josephine King
Analista

Revisado por: Ing. Eric García
Gerente de Calidad



Subdirección de Planificación y Desarrollo