

**HOSPITAL NACIONAL DE LA UNION**

**EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN OPERATIVA ANUAL 2022**

**PERIODO DE ENERO – JUNIO 2022**

**DR. CARLOS ALBERTO LOPEZ MOJICA**

**DIRECTOR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MINISTERIO DE SALUD** | | | | | | | | | | | | | |
| **Plan Operativo Anual 2022** | | | | | | | | | | | | | |
| **PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE GESTIÓN** | | | | | | | | | | | | | |
| **N.** | **Hospital Nacional La Unión** | **Indicador** | **Medio de Verificación** | **Responsables** | **Meta anual** | **1er. Trimestre** | | | **2do. Trimestre** | | | **Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas** |
| **Prog.** | **Realiz.** | **%** | **Prog.** | **Realiz.** | **%** |
| 1 | **Objetivo: OO2 Mejorar la salud de las personas mediante la atención preventiva a la salud, con enfoque de curso de vida.** | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 | Resultado esperado: Contribuir a la disminución de la Morbi mortalidad Materna y Perinatal mediante atención Odontológica | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.1 | Toda embarazada del control de alto riesgo será evaluada por odontología de acuerdo a los lineamientos. | Pacientes de alto riesgo evaluadas por odontología/ Total de pacientes de control de riesgo | Tabulador e Informes | Jefe de Odontología Dra. Melissa Granados | 4 | 1 | 1 | 100 | 1 | 1 | 100 | Satisfactorio 100 %  Todas las pacientes de control de alto riesgo de Obstetricia son atendidas el mismo día de la consulta por odontología, dentro de esto se ha asignado un recurso para esta actividad. |
| 1.2 | Resultado esperado: Contribuir a la disminución de la Morbi mortalidad Materna y Perinatal mediante atención ambulatoria de Infección Urinaria | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.1 | Manejo según protocolo ambulatorio de paciente referida por IVU | Pacientes que cumplieron protocolo de atención de IVU/ pacientes referidas por IVU | Tabulador e Informes | Jefe de Maternidad  Dr. Vaquerano | 4 | 1 | 1 | 100 | 1 | 1 | 100 | Satisfactorio. 100 % Todas las pacientes atendidas se cumplen lineamientos de atención por IVU |
| 1.2.2 | Hospitalización de pacientes con IVU según lineamientos | Pacientes que cumplen protocolo de tratamiento de hospitalización por IVU / Total de pacientes ingresados con diagnóstico de IVU | Tabulador e Informes | Jefe de Maternidad  Dr. Vaquerano | 4 | 1 | 1 | 100 | 1 | 1 | 100 | Satisfactorio. 100 % Todas las pacientes atendidas se cumplen lineamientos de atención por IVU |
| 1.3 | Resultado esperado: Contribuir a la disminución de la Morbi mortalidad Materna y Perinatal mediante la inclusión de las mujeres con enfermedades crónicas y con edad reproductiva a la clínica de Alto Riesgo Reproductivo | | | | | | | | | | | | |
| 1.3.1 | Inclusión de las mujeres con enfermedades crónicas y edad reproductiva a la clínica de Alto Riesgo Reproductivo | Número de mujeres atendidas por primera vez en la clínica de alto riesgo reproductivo/  Total de Mujeres con enfermedades crónicas y edad reproductiva hospitalizadas en medicina Interna y referidas a la Clínica Alto Riesgo Reproductivo | Informes | Jefe de Medicina Interna | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 100 | No Satisfactorio. 0 % Se ha cumplido la búsqueda de pacientes para CARR dentro del servicio de medicina, pero las pacientes no cumplen con los criterios de asignación por lo tanto el registro de consultas es bajo. Se requiere intervención del primer nivel para fortalecer este programa |
| 1.4 | Resultado esperado: Contribuir a la disminución de la morbi mortalidad Materna y Perinatal mediante atención CODIGO ROJO | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.1 | Manejo del CÓDIGO ROJO de acuerdo a normativa y disminuir las complicaciones. | Protocolo cumplido protocolo/Total de pacientes código rojo | Informe | Dr. Rafael Maravilla  Licda. Claudia Zetino  Licda.  Carmen Guevara  Personal médico y de enfermería de centro Obstétrico y maternidad | 4 | 1 | 1 | 100 | 1 | 1 | 100 | Satisfactorio.100 % Se tuvieron 2 casos de código rojo en este trimestre los cuales cumplen con los lineamientos de manejo. |
| 1.4.2 | Capacitaciones y Revisión del tema del  Código Rojo a personal | capacitaciones realizadas/ Capacitaciones programada | Lista de asistencia | Dr. Rafael Maravilla  Licda. Claudia Zetino  Licda. | 3 | 1 | 1 | 100 | 1 | 1 | 100 | Satisfactorio.100 % Se ha capacitado 20 recursos del personal multidisciplinario y se realizaron dos simulacros. |
| 1.5 | Resultado esperado: MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTO MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS | | | | | | | | | | | | |
| 1.5.1 | Actividades de Educación en ECNT (Redes sociales, radio, charlas a usuarios y sesiones educativas | Actividades realizadas/ Actividades programadas | Informe | Edu Oscar Armando Cruz | 4 | 1 | 1 | 100 | 1 | 1 | 100 | Satisfactorio al 100 % Se ha cumplido con las actividades de educación en charlas y uso de redes sociales. |
| 1.5.2 | Atenciones nutricionales de pacientes con ECNT | Clasificación según IMC / Total de pacientes atendidos | Informe | Licda. Tania Valencia | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 100 | Satisfactorio al 50 %. el primer trimestre no había recurso de Nutricionista en la institución, y en el segundo trimestre solo el 56% de ECNT se le efectuó la clasificación de IMC. Debe elaborarse medida correctiva de inmediata |
| 1.5.3 | Suministro garantizado de medicamentos e insumos para manejo de ECNT | Abastecimiento actual/ abastecimiento meta | Informe | Dr. Oscar Alirio Amaya | 4 | 1 | 1 | 100 | 1 | 1 | 100 | Satisfactorio. 100 % Se logra 97% de abastecimiento, aunque se tuvo desabastecimiento temporal de 7 medicamentos de ECNT que fueron solventado a su brevedad. Las causas fueron variadas, apoyo a otros hospitales, aumento por la apertura de la unidad renal, en donde la eritropoyetina tuvo problemas debido al manejo de pacientes renales enviados desde otros hospitales y de manejo de nefrología. |
| 1.5.4 | Entrega de medicamentos domiciliar a personas ECNT | Medicamentos enviados / Total de pacientes atendidos en Consulta Externa | Informe | Jefe de Farmacia | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 100 | No satisfactorio 0 %. Farmacia no ha emitido informe sobre el desarrollo del programa, pero refleja que menos del 10% de los usuarios de ECNT lo reciben por correo. Además, hay quejas conocidas no registradas sobre llegadas tardías, falta de medicamentos o vivir en zonas no atendidas por correos. De esto se requiere un informe completo. |
| 2 | **Objetivo: OE 5. Proteger la salud, mediante la vigilancia de las condiciones ambientales, para contribuir al desarrollo de la población** | | | | | | | | | | | | |
|  | **OO 5.1. Vigilar los factores del entorno que podrían afectar la salud.** | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 | Resultado esperado: Evitar enfermedades del usuario y personal debido a uso de agua y el manejo de desechos hospitalarios | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.1 | Vigilancia y monitoreo bacteriológico del Agua hospitalaria | Monitoreo realizado / programado | Informe | Insp Ana Isabel Argueta | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 100 | No satisfactorio. 0 % El laboratorio regional no ha procesado muestras desde agosto 2021 a la fecha |
| 2.1.2 | Vigilancia y monitoreo de desechos Bio Infecciosos hospitalarios | Monitoreo realizado / programado | Informe | Insp Ana Isabel Argueta | 4 | 1 | 1 | 100 | 1 | 1 | 100 | Satisfactorio.  Cumple con lineamientos, lista de chequeo de evaluación de las diferentes áreas |
| 2.1.3 | Vigilancia y monitoreo de trazas metales | Monitoreo realizado / programado | Informe | Insp Ana Isabel Argueta | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 100 | No Satisfactorio 0%. No hay informe de resultados de los análisis de elementos trazas desde laboratorio MAX BLOCH |
| 3 | **Objetivo: OE 6. Promover la salud mediante el abordaje intersectorial de la determinación social de la salud** | | | | | | | | | | | | |
| 3.1 | Resultado esperado: participación ciudadana en contraloría social del hospital | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.1 | Apertura de buzones de quejas | Informes presentados vrs programadas | Informe | T.S. Olivia Ester Bonilla | 4 | 1 | 1 | 100 | 1 | 1 | 100 | Satisfactorio. Buzones vacíos. Se debe promocionar el uso de los mismos. |
| 3.1.2 | Realización de encuestas de satisfacción en los diferentes servicios | Informes presentados vrs programadas | Informe | T.S. Olivia Ester Bonilla | 4 | 1 | 1 | 100 | 1 | 1 | 100 | Satisfactorio.  Calificación de 97% de satisfacción según encuestas. |
| 3.1.3 | Recepción de quejas y felicitaciones | Informes presentados vrs programadas | Informe | T.S. Olivia Ester Bonilla | 4 | 1 | 1 | 100 | 1 | 1 | 100 | Satisfactorio. NO hay quejas ni felicitaciones |
| 3 | **Objetivo: OE 7. Vigilancia y control de la COVID-19** | | | | | | | | | | | | |
| 4.1 | Resultado esperado: vigilancia sanitaria de la enfermedad del covid19 | | | | | | | | | | | | |
| 4.1.1 | Cirugías suspendidas por COVID | Cirugías suspendidas / Cirugías Programadas | Informe | Dr. Mauricio Ríos | 4 | 1 | 1 | 100 | 1 | 1 | 100 | Satisfactorio. Solo una cirugía fue suspendida y reprogramada. fue realizada 30 días después. |
| 4.1.2 | Evaluación de Tamizaje Covid19 a personal | Personal de salud positivo a COVID / Total de personal tamizado | Informe | Dr. Oswaldo A Cruz. Epidemiólogo | 4 | 1 |  |  | 1 | 1 |  | Satisfactorio, se han realizado 237 pruebas, el mayor número de personal que se ha tamizado por presentar síntomas es el área de Enfermería con 89 pruebas, de ellas 31 enfermeras salieron positivas (35% de positividad), el personal médico 20 pruebas y 9 salieron positivos (45% de positividad). En general la positividad hospitalaria para el semestre fue de 29 % |

**ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN ANUAL DE POA INSTITUCIONAL 2022**

**Objetivo:**

Revisar la Planificación Operativa Anual Institucional correspondiente al 2022, por cada uno de sus componentes para verificar el grado de cumplimiento de las actividades y establecer planes de mejora con lo incumplido durante cada trimestre.

**Actividades con cumplimiento del 100 %:**

1.1.1, 1.2.1, 1.2.2, 1.4.1, 1.4.2, 1.5.1, 1.5.3, 2.1.2, 2.1.3, 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 4.1.1 y 4.1.2

**Actividades con cumplimientos 50%**

1.5.2 Atenciones nutricionales de pacientes con ECNT, en el primer trimestre, renunció la nutricionista del hospital por lo que no se dieron atenciones nutricionales a los pacientes con enfermedades crónicas, ya para el segundo trimestre se tiene el recurso para brindar la atención, pero solo el 56 % de la población se clasificó su índice masa corporal y así detectar riesgos nutricionales en estos tipos de pacientes

**Actividades sin cumplimiento 0%**

1.3.1,1.5.4, 2.1.1, 2.1.3

**ANÁLISIS**

* De las 19 actividades establecidas para el período 2022, 14 actividades (74%) % obtuvieron un cumplimiento del 100% de lo programado
* 1 actividad (5%) cumplió con el 50 %, debido a la renuncia de ese recurso nutricionista en el primer trimestre, pero se solventó a la brevedad posible en el segundo trimestre, no alcanzando la meta a cumplir, de detectar riesgo nutricional a través del cálculo de IMC de los pacientes con enfermedades crónicas.
* 4 actividades no fueron ejecutadas que corresponde al 21 % de la programación hospitalaria.

La causa principal del incumplimiento de dos actividades, es la escasez de recurso de médico especialista Internista en la institución, solo se cuenta con 1 recurso de 4 horas de consulta externa en esa especialidad y es necesario que el médico especialista detecte oportunamente a las pacientes con enfermedades crónicas (LUPUS, CARDIOPATAS, ASMATICAS, IRC) en edad reproductiva y las refiera a la CARR, pero no se está cumpliendo ni se están detectando este riesgo en estas pacientes.

El abastecimiento de la entrega domiciliar del medicamento para los pacientes con enfermedades crónicas no se cumple, los pacientes manifiestan la tardanza de correos para enviar el medicamento, otros viven en zonas de riesgo social donde no pueden hacer la entrega domiciliar, y otra causa fue la poca comunicación entre los médicos de abastecimiento crónico en ofertar la entrega domiciliar a los pacientes y promocionar ese servicio de atención.

**ACUERDO:**

Las actividades que no fueron cumplidas en el primer semestre de la POA 2022 deberán ser analizadas y retomadas para su ejecución en el próximo semestre, de acuerdo con lo establecido en el indicador, coordinar con la dirección la participación de los médicos encargados de esos indicadores para dar cumplimiento.