

**MINISTERIO DE SALUD**  
**Plan Operativo Anual**  
**Año 2017**

**PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE GESTIÓN**

No.	HOSPITAL: <b>Nacional Santa Teresa Zacatecoluca</b>	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
						Prog.	Realiz.	%										
<b>1</b>	<b>Objetivo: Fortalecer la atención oportuna en las áreas hospitalarias (cumplimiento de lineamientos: triage, rr, vih, embarazadas, adolescentes, salud mental, servicios de apoyo etc)</b>																	
1.1	Resultado esperado: cumplir el 85 % de las actividades programadas por Unidad Organizativa de calidad																	
1.1.1	medición y análisis de resultados de estándares de calidad mensual	12	3	Etab / actas / informes mensuales	JEFE UOC	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	Buena coordinación del equipo de trabajo UOC.
1.1.2	evaluar cuadro básico de medicamentos del HNST	4	numero de evaluaciones realizadas / numero de evaluaciones programadas	actas de reuniones / informes	COORDINADOR FÁRMACO	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	Buena gestión del coordinador del comité, se realizaron todas las evaluaciones.
1.1.3	INTEGRAR REUNIONES IAAS Y FÁRMACO	4	NUMERO DE REUNIONES REALIZADAS/ NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS	actas de reuniones / informes	COORDINADOR IAAS	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	Se realizaron efectivamente las reuniones programadas para el año.
1.1.4	REGISTRO OPORTUNO DE REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA	12	NUMERO DE REGISTROS REALIZADOS/ NUMERO DE REGISTROS PROGRAMADOS	INFORME DE REGISTROS	COORDINADOR DE COMITÉ DE RRI	2	2	100 %	3	2	67 %	4	3	75 %	3	2	67 %	Por la falta de coordinación del coordinador, no fue posible llevar el registro oportuno.
1.1.5	MEDICIÓN DE CARTA IBEROAMERICANA	1	MEDICIÓN REALIZADA / MEDICIÓN PROGRAMADA	CARTA IBEROAMERICANA ELABORADA Y ENVIADA	JEFE UOC	1	1	100 %										Excelente trabajo de la Jefe UOC.
1.2	Resultado esperado: ANÁLISIS EL 80 % DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES HOSPITALARIOS																	
1.2.1	ANÁLISIS MENSUAL DE LA SITUACIÓN MATERNO INFANTIL	12	ANÁLISIS REALIZADOS/ ANÁLISIS PROGRAMADOS	ACTA /PRESENTACIÓN DIGITAL	JEFA DE EPIDEMIOLOGÍA	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	Se hace el análisis en cada reunión del CEG.
1.2.2	ANÁLISIS DE SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	12	ANÁLISIS REALIZADOS/ ANÁLISIS PROGRAMADOS	ACTA /PRESENTACIÓN DIGITAL	JEFA DE EPIDEMIOLOGÍA	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	Se hace el análisis en cada reunión del CEG.
1.2.3	ANÁLISIS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES PRIORIZADAS	12	ANÁLISIS REALIZADOS/ ANÁLISIS PROGRAMADOS	ACTA /PRESENTACIÓN DIGITAL	JEFA DE EPIDEMIOLOGÍA	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	Se hace el análisis en cada reunión del CEG.
1.2.4	ANÁLISIS DE INDICADORES HOSPITALARIOS	12	ANÁLISIS REALIZADOS/ ANÁLISIS PROGRAMADOS	ACTA /PRESENTACIÓN DIGITAL	JEFA DE EPIDEMIOLOGÍA	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	Se hace el análisis en cada reunión del CEG.
1.2.5																		
1.3	Resultado esperado: APLICAR AL 80 % EL TRIAGE EN UNIDAD DE EMERGENCIA																	
1.3.1	ANALIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DE TRIAGE EN UNIDAD DE EMERGENCIA	4	ANÁLISIS REALIZADOS / ANÁLISIS PROGRAMADOS	DOCUMENTO DE PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS	JEFE DE UNIDAD DE EMERGENCIA	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	El jefe de ia Unidad de Emergencia supervisa diariamente el Tirage.
1.3.2	ACTUALIZAR PLAN DE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS	1	NUMERO DE ACTUALIZACIONES REALIZADAS / ACTUALIZACIONES PROGRAMADAS	DOCUMENTO ACTUALIZADO Y AVALADO	JEFA DE DIVISIÓN MÉDICA / JEFE DE EMERGENCIAS	1	1	100 %										El jefe de la unidad de emergencia actualizó el plan y fue revizado por la jefe de la División Médica.

<b>2</b>																		<b>Objetivo: Supervisar continuamente las atenciones según instrumentos y lineamientos (calidad, gestión, adolescente, ) (encuestas) indicadores</b>																	
2.1																		Resultado esperado: cumplir con el 85 % de las actividades programadas en gestión y planificación																	
2.1.1	elaboración y aprobación de POA	1	poa realizado/poa programado	POA realizado y avalado	Dirección	1	1	100 %										El POA se empezó a relizar desde el año anterior.																	
2.1.2	supervisiones de equipos de gestión	28	total de supervisiones realizadas/ total de supervisiones programadas	documentos de supervisión presentados a dirección y plan de mejora	equipos de gestión y dirección	7	5	71 %	9	8	89 %	7	7	100 %	5	4	80 %	Debido a las múltiples ocupaciones del personal, no fue posible realizar la totalidad de las supervisiones programadas.																	
2.1.3	supervisiones de dirección	18	total de supervisiones realizadas/ total de supervisiones programadas	documento de supervisión realizado con planes de mejora	dirección	3	3	100 %	5	5	100 %	7	5	71 %	4	4	100 %	Debido a las múltiples ocupaciones del personal, no fue posible realizar la totalidad de las supervisiones programadas.																	
<b>3</b>																		<b>Objetivo: Participar activamente en la RIISS</b>																	
3.1																		Resultado esperado: cumplir con el 85 % de las actividades programadas en riiss																	
3.1.1	reuniones de comité de RRI hospitalario	12	reuniones realizadas / reuniones programadas	actas de reuniones y planes de mejora	coordinador de RRI/ jefa de UOC	3	1	33 %	3	2	67 %	3	3	100 %	3	2	67 %	En el primer y segundo trimestre no fue posible realizar las reuniones por la poca información del coordinador.																	
3.1.2	reuniones en RIISS de SIBASI	12	reuniones realizadas / reuniones programadas	actas de reuniones y planes de mejora	DIRECCIÓN / EPIDEMIÓLOGA	3	2	67 %	3	2	67 %	3	3	100 %	3	3	100 %	En el primer trimestre el coordinador no asistió a la totalidad de las reuniones en el SIBASI.																	
<b>4</b>																		<b>Objetivo: Ejecutar efectiva y oportunamente el presupuesto asignado</b>																	
4.1																		Resultado esperado: ejecutar el 100% del presupuesto asignado																	
4.1.1	presentación de avance de ejecución en gestión cada 3 meses	4	presentaciones realizadas/ presentaciones programadas	actas de reuniones de gestión	jefa UFI	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	La jefa UFI presentó en tiempo sus respectivos informes de ejecución presupuestaria.																	
<b>5</b>																		<b>Objetivo: optimizar el abastecimiento hospitalario</b>																	
5.1																		Resultado esperado: Mantener el abastecimiento de medicamentos arriba del 80 %																	
5.1.1	reporte de abastecimiento mensual a director	12	numero de reportes realizados / numero de reportes programados	reporte recibidos en la dirección	asesor de suministros	3	3	100 %	3	3	100 %							El asesor de suministro siempre presentó sus informes.																	
5.1.2	presentación de abastecimiento mensual a gestión	12	números de presentaciones realizadas / numero de presentaciones programadas	presentaciones en reunión de consejo de gestión / en acta de gestión	asesor de suministros	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	El asesor de suministro siempre presentó sus informes.																	
5.1.3																																			
5.1.4																																			
5.1.5																																			
5.2																		Resultado esperado: prevenir el desabastecimiento y planes de acciones oportunas																	
5.2.1	elaborar plan de acción para prevenir desabastecimiento	1	numero de planes elaborados / sobre numero de planes programado	plan de acción elaborado y avalado por dirección	asesor de suministros	1	1	100 %										Se presentó el plan al inicio del año.																	
<b>6</b>																		<b>Objetivo: Fortalecer las capacidades del personal mediante educación continua</b>																	

6.1	Resultado esperado: personal de las áreas médicas y predicasas capacitado y actualizado																	
6.1.1	planes de capacitación elaborados y ejecutados	58	numero de capacitaciones realizadas/ numero de capacitaciones programadas	listas de asistencia a las capacitaciones	rrhh	14	12	86 %	15	13	87 %	16	14	88 %	13	12	92 %	Las multiples ocupaciones del personal impidió que se realizaran la totalidad de las capacitaciones programadas.
6.1.2																		
7	<b>Objetivo: Operativizar la Gestión ambiental</b>																	
7.1	Resultado esperado: Fomentar el cuidado al medio ambiente y entorno que nos rodea dentro de Hospital Nacional Santa Teresa atraves de la sensibilizacion del personal laborante en el cumplimiento de la normativa ambiental																	
	Realizar plan operativo de trabajo anual	1	POA DE COMITE	Informe de cumplimiento de metas	Comité de Gestion Ambiental	1	1	100 %										El comité presentó en tiempo su respectivo plan.
	reuniones de comite	12	acta de reuniones	acta de reuniones y metas alcanzadas	Comité de Gestion Ambiental	3	2	67 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	En el primer trimestre del año, debido a la transición, no se realizó una de las reuniones.
	Plan Operativo Anual de Permiso Ambiental	1	POA permiso ambiental	POA permiso ambiental	Comité de Gestion Ambiental	1	0	0 %										No se presentó un POA específico, pero iba incluido en el POA general.
	cronograma de actividades para cuidados del entorno ambiental hospitalarios	1	Cronograma de comité	Cronograma de comité	Comité de Gestion Ambiental	1	1	100 %										Se presentó el cronograma dentro de la POA.
	Solicitud de Gestor Ambiental a Direccion para crear PAAA (Programa de Adecuacion Ambiental Ajustado)																	No se presentó la solicitud.
7.2	Resultado esperado: Establecer medidas para la optimizacion del gasto de energia de conservacion																	
	señalización) para concientizar al personal sobre	4	Numero de afiche colocados	Fotografias de afiches colocados	ITSA HNST	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	Se realizó señalización de algunas áreas.
	trabajo de mayor incidencia en la institucion para i	2	Estudio realizado	informe	Jefe de Mantenimiento				1	1	100 %				1	1	100 %	Se realizaron los estudios programados.
	mantenimiento preventivo y correctivo de las instalacion	12	fichas o hojas de mantenimiento	copias de fichas o hojas de trabajo	Jefe de Mantenimiento	3	3	100 %	3	2	67 %	3	3	100 %	3	3	100 %	En el segundo trimestre no se presentó ficha correspondiente.
	Cambiar bombillas normales por bombillas ahorradoras	2	inventario de bombillas	hojas de trabajo de mantenimiento	Jefe de Mantenimiento				1	1	100 %				1	1	100 %	Se realizan los cambios pertinentes.
	de las paredes con pintura de colores claros para a	2	sondeo de lugares de trabajo y hospitalizacion	copias de fichas o hojas de trabajo	Jefe de Mantenimiento				1	1	100 %				1	1	100 %	Se realizó pintura del área de emergencia y Dirección.
	al personal en el programa de ahorro y uso efici	4	Capacitaciones programadas	Listado de asistencia a capacitacion	Jefe de Mantenimiento/ ITSA HNST/ del SUR/ Unidad Ambiental MINSAL	1	0	0%	1	0	0%	1	1	100%	1	1	100%	Nose realizó la capacitación programada.
	na de mantenimiento preventivo de los sistemas	2	Programa	Ejecucion del programa	Jefe de Mantenimiento				1	1	100 %				1	1	100 %	Se realizaron los mantenimientos preventivos programados.
	Inspeccionar periódicamente las redes eléctricas en la institución para evitar desviaciones de energía o mal gasto de energía	4	Hojas de trabajo	hojas de trabajo de mantenimiento	Jefe de Mantenimiento	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	Las redes eléctricas se inspeccionan frecuentemente.
7.3	Resultado esperado: Velar para que la calidad y los consumos de agua del hospital se optimizen al maximo, con un decremento leve a traves del programa de ahorro de agua con la aplicación de acciones correctivas en las instalaciones buscando la concientizacion del personal laborante el hospital																	

	4	Afiches o rotulos	Mapeo de los lugares estrategicos donde estaran colocados	Comité de Gestion Ambiental	1	1	100 %	1	0	0 %	1	0	0 %	1	1	100 %	Se ubicaron algunos durante el primer y cuarto trimestre.
orro y duchas de agua para verificar daños o fugas	2	Inventario de chorros y duchas	Copia de inventario	Jefe de Mantenimiento y Coordinador de comité	1	1	100 %				1	1	100 %				Se realizó el inventario en el primer y tercer trimestre del año.
Llevar un control de fugas	12	Hojas de trabajo	Copia de hojas de trabajo	Jefe de Mantenimiento	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	El control de fugas se realiza constantemente.
al personal sobre el programa de ahorro de uso e	4	programa de capacitacion programadas	Listado de asistencia a capacitacion	Coordinador de comité Gestion Ambiental	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	Se realizaron capacitaciones.
7.4	Mantener y disminuir en la generacion total del los residuos hospitalarios para la disposicion final mediante la correcta segregacion de los residuos.																
	4	Inventario de Contenedores	Listado de contenedores a reemplazar	Jefe de Servicios Auxiliares/ Jefe Division Administrativa/ Coordinadora de Comité Gestion Ambiental/ Coordinadora de comité de reciclaje	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	Los recipientes son cambiados constantemente.
Segregar, almacenar, recolectar, rotular y entregar para la disposicion final	4	Hoja de verificacion o acta que se realice la actividades	Copia de hoja de verificacion	Jefe de Servicios Auxiliares	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	La actividad se realiza constantemente.
Mantenimiento de los centros de acopio temporales para mantener las adecuadas condiciones ambientales	12	Programa de limpieza de centros de acopio temporales y generales	Bitacoras de limpieza de las actividades realizadas	Jefe de Servicios Auxiliares/ Supervisora SEPINSA	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	Se realizaron todas las limpiezas programadas para los dos trimestres.
Capacitar al personal asistencial y administrativo en cuanto al manejo de residuos solidos en todos los servicios una vez al mes	4	programa de capacitacion programadas	Listado de asistencia a capacitacion	ITSA HNST	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	Se realizaron dos capacitaciones programadas.
Ubicar y mantener la correcta señalizacion en los recipientes de acuerdo al codigo de colores.	12	Ubicacion de puntos con contenedores para desechos solidos	Mapa de ubicación de puntos de contenedores para desechos solidos	Jefe de Servicios Auxiliares/ ITSA HNST	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	Se ubicaron los contenedores en lugares especificos.
7.5	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES																
CAMPAÑA DE LIMPIEZA	4	Nota convocatoria de campañas de limpieza	Informe y evidencias fotograficas	ITSA HNST/ JEFE DE SERVICIOS AUXILIARES	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	Se realizaron cuatro campañas de limpieza y reforestación.
Monitoreo de brotes dengue en HNST	12	# casos sospechas/ # casos confirmados	informe de casos	Epidemiologa	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	Se realizan monitoreos constantemente.
Monitoreo de brotes de ZIKA en HNST	12	# casos sospechas/ # casos confirmados	informe de casos	Epidemiologa	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	Se realizan monitoreos constantemente.
Monitoreo de brotes de Chicungunya en HNST	12	# casos sospechas/ # casos confirmados	informe de casos	epidemiologa	2	2	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	Se realizan monitoreos constantemente.

INDICE LARVIARIOS	48	AEDES 1	AEDES 1	ITSA HNST	10	10	100 %	12	12	100 %	15	15	100 %	11	11	100 %	Se realizan monitoreos constantemente.
FUMIGACION	4	Nota de coordinacion con malaria Y APOYO DE COMITES	Informe y evidencias fotograficas	ITSA HNST	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	Se realizaron las cuatro fumigaciones en el hospital que estaban programadas.
ABATIZACION	4	Indice de lugares abatizados	Informe y evidencias fotograficas	ITSA HNST	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	Se realizaron las cuatro programadas.
CAPACITACION	4	Parlanteo de sensibilizacion	Mensajes de sensibilizacion metodo parlanteo	ITSA HNST	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	1	1	100 %	Se realizaron las capacitaciones programadas.
<b>Resultado esperado: Mejorar CONTROL DE ROEDORES</b>																	
Inspeccion en busca de anidamiento de roedores en sitios de alta concurrencia	12	# de lugares inspeccionados	# de anidamiento de roedores	ITSA HNST	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	Las busquedas se realizan constantemente.
orientación a personal de HNST a no acumular objetos no útiles para evitar anidamiento de roedores y cucarachas	12	Notas de sensibilizacon y parlanteo	Notas de sensibilizacion y parlanteo	ITSA HNST	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	3	3	100 %	Se realizaron parlanteos y se enviaron notas a algunos departamentos del hospital.



Dr. José Alberto Buendía Bonilla  
 Director del Hospital Nacional Santa Teresa