



MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Dirección

INFORME DE EVALUACIÓN CUARTO TRIMESTRE PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2020



Dr. Ángel Ernesto Alvarado
Director del HNNBB

San Salvador, 08 de Marzo de 2021

INTRODUCCION

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es un Hospital de Referencia Nacional para la atención pediátrica, que además de cumplir con su función asistencial realiza una gestión administrativa enfocada a dar respuesta a la demanda de los usuarios internos y externos, y cumplir con los requerimientos ministeriales.

Dentro sus actividades administrativas realiza de conformidad con los lineamientos ministeriales, su Plan Operativo Anual, el cual es un proceso que le permite contar con un instrumento guía para evaluar el funcionamiento del Hospital: El Plan Operativo Anual Institucional 2020 (POAI-2020); en él que se establecen los objetivos estratégicos, los resultados esperados y las acciones a cumplir anualmente.

A efectos de verificar los avances de lo programado, en el Hospital se realiza un proceso de evaluación y seguimiento trimestral de dicho Plan, y es por tal razón que se presenta este documento el cual contiene los resultados obtenidos de la Evaluación del 4° Trimestre del Plan Anual Operativo Institucional 2020.

El proceso de monitoreo y evaluación, ha sido institucionalizado en el Hospital y es realizado en el Consejo Estratégico de Gestión, debido a la Pandemia Covid-19 se ha realizado la evaluación en las reuniones de entrega de turno, verificando el cumplimiento de las actividades, y en caso de haberse logrado, definir las acciones que permitan dar respuesta a lo planificado.

Es importante recalcar que el resultado trimestral obtenido es producto de un proceso de trabajo realizado con todos los involucrados en el desarrollo de la gestión, el cual es dirigido por las Autoridades del Hospital a través del Consejo Estratégico de Gestión y coordinado por la Unidad de Planificación con los responsables directos de las actividades programadas, quienes dan fe del cumplimiento conforme a la evidencia presentada y la cual es construida y resguardada por cada uno de los responsables de las actividades y que hace posible el proceso de evaluación y calificación trimestral del POAI 2020.

En este 4° trimestre el funcionamiento del hospital se ha visto muy afectado por la Pandemia Covid 19, tanto por la readecuación de actividades así como la distribución del personal como por la adaptación de labores requeridas para afrontar los efectos de la Pandemia. Esto ha tenido un impacto en la realización del proceso de Evaluación, el cual se ha tenido que abordar en dos modalidades; de forma virtual y presencial, en reuniones de entrega de turno y de Consejo Estratégico, en la cuales se ha tenido una participación activa y el seguimiento a través de mensajes de Wasap, que aunque no es lo ideal ha permitido avanzar y contar con el informe; por lo que se considera importante valorar el esfuerzo, el cual ha dado como resultado la calificación obtenida considerando solo el cumplimiento de las actividades que ha sido posible realizar a pesar de la Pandemia.

RESUMEN

El informe comprende la calificación de los resultados de la Programación de Actividades del 4° Trimestre del PAOI 2020, consideradas como factibles de evaluar considerando la afectación de la Epidemia de Covid-19, y las cuales están en concordancia con el lineamiento de POAI, el Plan del Ministerio de Salud y considerando las instrucciones emitidas respecto al Covid-19.

El informe muestra el resultado del cumplimiento de la programación de actividades y las Metas de Producción y el esfuerzo del Hospital para dar respuesta al proceso de seguimiento de la gestión operativa, con la finalidad de alcanzar los resultados esperados y contribuir a dar servicios de salud integrales y coordinados a través de redes en todo el sistema de salud.

Es importante recalcar que la Programación de actividades 2020, se modificó desde el Primer Trimestre, incorporando en dicho Plan, actividades relacionadas con el manejo operativo de la Pandemia Covid-19, que obligó a la generación de disposiciones y lineamientos de las autoridades de gobierno y Ministerio de Salud, y que han sido consideradas y aplicadas en el Hospital y las cuales desde el segundo trimestre han absorbido todos los esfuerzos para lograr el funcionamiento del Hospital,

OBJETIVOS DEL INFORME

1. Objetivo General

Presentar y evidenciar los resultados de la gestión del Hospital, a través de un proceso de seguimiento y evaluación de las actividades y/o acciones contenidas en el Plan Anual Operativo Institucional.





2. Objetivos Específicos

- a. Contribuir a la construcción de evidencia documental para que se establezcan mecanismos de coordinación y comunicación en los diferentes niveles jerárquicos de tal manera que se facilite la realización de las acciones programadas.
- b. Fomentar el trabajo en equipo a través del establecimiento de responsabilidades compartidas en la realización del proceso de elaboración del Plan así como su evaluación y elaboración del informe de monitoreo y seguimiento del mismo.
- c. Contar con herramientas que permitan evidenciar y documentar el proceso de desarrollo de la gestión institucional.

- d. Establecer mecanismos de medición que permitan la construcción de una base documental, que permitan la creación de proyectos de mejora y desarrollo institucional.

CONSIDERACIONES PARA LA EVALUACION DEL PLAN ANUAL OPERATIVO 2019

- Para la evaluación del Plan Anual Operativo de Actividades se consideran las actividades programadas en cada período evaluado, las cuales se evalúan y califican en función del indicador definido y las consideraciones del equipo evaluador. La calificación del resultado esperado es el promedio de las calificaciones de las actividades programadas y el resultado del objetivo estratégico es el promedio de todos los resultados esperados que componen el objetivo; por lo tanto, la calificación final del Plan Anual de Actividades, es el resultado promedio de la calificación de los objetivos estratégicos y de los resultados esperados.
- Para el monitoreo y seguimiento del cumplimiento de Metas de Producción, se utiliza la técnica de colores, también conocido como “semáforo”, presentando rangos que fueron definidos en su momento, por la Unidad de Planificación del Hospital del Bloom y los cuales dan respuesta a lo requerido por la Dirección General de Hospitales del Ministerio de Salud y la Coordinación de Hospitales de tercer nivel, y se realiza de acuerdo al detalle siguiente:

RANGO DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO	REPRESENTACIÓN		
Del 0% al 50%,	Rojo		Crítico. Requiere una urgente evaluación y plan de intervención
Entre el 51% al 85%	Amarillo		Necesita Mejorar. Requiere evaluación para establecer plan de acción
Entre el 85% y el 100%	Verde		Aceptable. Esta dentro del rangó esperado
Ponderación mayor al 100%	Morado		Relativamente Crítico. Requiere una urgente evaluación y plan de intervención

LIMITANTES EN LA EJECUCION DEL PLAN ANUAL OPERATIVO

- Adecuado cumplimiento de las metas de producción de los Servicios finales
- La Metas definidas responden a la operatividad en función de los recursos, sin mayor incidencia las demandas de la población y que respondan al componente de desarrollo estratégico del Hospital
- Limitada participación del cuerpo gerencial en la formulación de las actividades y metas.
- Frágil atención de las jefaturas en el proceso de seguimiento para la ejecución del Plan y cumplimiento de metas.

PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2020

RESULTADOS DE LA EVALUACION CUARTO TRIMESTRE

PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES De Octubre a Diciembre de 2020

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil					87%				
1.1	Resultado Esperado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional					87%				
1.1.1	Monitoreo de la Mortalidad en menores de 5 años en los Servicios de Hospitalización de las Enfermedades de vigilancia del MINSAL (Diarrea, Neumonías, Inmaduridad, Asfixia del Nacimiento y sepsis)	80%	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	Informes de Auditoria de Mortalidad	Jefe de Servicios de Hospitalización en coordinación con el apoyo del Comité de Mortalidad	80%	82%	103%	Informe de Mortalidad en Unidad de Epidemiología Estadística e Información en Salud, Informe de Auditoría, División Médica y Quirúrgica, Indicador en Unidad de Planificación	

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
1.1.2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	70%	% de adherencia de lavado de manos	Registros del Comité de IASS	Jefes de Servicio con el apoyo del Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria	70%	42%	61%	Comité de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria	La Pandemia de Covid-19, afecto el funcionamiento normal del Hospital, por lo que no se ha podido cumplir con lo programado, aunque se han realizado esfuerzos
1.1.3	Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia)	4	N° de Informes de monitoreo	Registros de Informe en Actas de Sala de Situacional (Registro de Presentación de Informe)	Divisiones Médica y División de Enfermería	1	1	100%	División Médica	Se realizó el informe de enero a diciembre de 2020 y el seguimiento de Plan en las Enfermedades: Diabetes, Epilepsia, Insuficiencia Renal, Hemofilia, Obesidad, Tumores
1.1.4	Continuar el Programa Trasplante Renales	4	N° de Trasplantes realizados	Registros Estadísticos de Producción	Depto. de Nefrología con el Apoyo de División Médica y Quirúrgica				División Médica y Quirúrgica	No se logró cumplir con la actividad debido a la Pandemia de Covid-19, por lo que por decisión del C.E.G, expresado en reunión de entrega de turno se acordó su eliminación a partir del tercer trimestre
2	Objetivo: mejorar el Desempeño Hospitalario					77%				
2.1	Resultado esperado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción					92%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
2.1.1	Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	85%	% de cumplimiento de la Meta	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Departamentos de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Jefes de Especialidades	85%	40%	47%	Informes de Producción SIMONS, SEPS Monitoreo del Cumplimiento de Metas en SPME	Por la Pandemia de Covid-19 se enfrenta una situación de ausencia de pacientes a sus citas programadas, por lo que no se puede cumplir con la Meta, y en reunión de revisión en la entrega de Turno del día 11-03-2021 se decide no incluirla en la Evaluación, dado que el no cumplimiento se debe a factores externos a la gestión del Hospital
2.1.2	Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización	85%	% de cumplimiento de la Meta	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Servicios de Hospitalización	85%	78%	92%	Informes de Producción SIMONS, SEPS Monitoreo del Cumplimiento de Metas en SPME	A pesar de los efectos de la Pandemia Covid-19, se ha dado cumplimiento a las Metas.
2.2	Resultado esperado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial									

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
2.2.1	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Primera Vez de las Especialidades Médicas	50	Tiempo de Espera en Días	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefe de Depto. de Consulta Externa Médica	50	95	0%	Departamento de Cónsulas Externa Médica y Quirúrgica	Por la Epidemia de Covid, la Atención de Consulta Externa se ha visto afectada con la ausencia de pacientes durante casi todo el trimestre, y debido al cierre durante los trimestres anteriores, ha sido imposible establecer un dato adecuado para evaluar el indicador de medición de esta actividad, por lo que en reunión de entrega de turno del 11-03-2021 se consideró no incluirla en la Evaluación de este trimestre.

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
2.2.2	Reducir los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva	90	Tiempo de Espera en Días Hábiles	Informe de Tiempo de Espera	Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Con Ext. Qx, Jefes de Especialidades	90	88	100%	Departamento de consultas Externa Quirúrgica	Por la Pandemia de Covid, se suspendió la Atención de Consulta Externa y Cirugías electivas durante en los trimestres anteriores, por lo que no se ha estado programando cirugías normalmente y sumado a eso por la ausencia de pacientes citados en la Consulta; se ha imposibilitado el establecer un dato adecuado, por lo que en la reunión del Entrega de turno se acordó no incluir la calificación de esta actividad en el PAOI del 4° Trimestre
2.2.3	Cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	8	% de Supervisiones realizadas	Informes de Resultados de Supervisiones realizadas	Equipo de Supervisión Institucional	2	0	0%	Coordinador del Equipo de Supervisión	Por la Epidemia de Covid, los responsables de esta actividad han tenido que realizar actividades y acciones emergentes, lo cual ha limitado el tiempo; y no se ha podido cumplir con esta actividad, por lo que en la reunión de entrega de turno del 11-03-2022, se acordó no incluirla en la evaluación del 4° Trimestre

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
2.2.4	Elaborar una propuesta para la Descentralización de Cirugías que se puedan realizar en el 2° nivel	1	Documento Aprobado	Documento y Gestión realizada para la aprobación de la propuesta	Jefe de División Quirúrgica y Dirección				División Quirúrgica	
2.3	Resultado esperado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios					62%				
2.3.1	Evaluar el resultado del Monitoreo del índice de uso de los Servicios de Laboratorio, Radiología, Banco de Sangre y Farmacia	4	Índice de uso por Servicio Final	Informe de resultados de índice de uso, informe de producción final y distribuida	Jefe de División Diagnóstico	1	1	100%	División de Diagnóstico	No se contó con la evidencia para evaluar la actividad
2.3.2	Evaluar el proceso de construcción de información y rediseñar los informes para realizar el monitoreo del índice de uso de los servicios de Alimentación, Fórmulas, Lavandería, Mantenimiento y Transporte	5	N° de Proceso e Informes Rediseñados	Reportes de Producción final y Distribuida	Jefe de División Administrativa				División Administrativa	

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
2.3.3	Monitoreo del Abastecimiento de Medicamentos	12	Porcentajes de Abastecimiento	Informe de monitoreo Presentados	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de Farmacoterapia y UACI	3	3	100%	Informes de Abastecimiento en el Departamento de Gestión de Suministros y Tecnología Médica y los Informes del Indicador en Unidad de Planificación	El informe de monitoreo se realiza semanal y se evalúa mensualmente, el resultado del trimestre es de 96.29%
2.3.4	Diseño, socialización e implementación del Programa de Optimización del uso de antibióticos	1	Programa elaborado socializado	Informe	Equipo PROA	1	0	0%	Equipo PROA y División Médica	Por la Epidemia de Covid, los responsables de esta actividad han tenido que realizar actividades y acciones emergentes, y no se contó con la evidencia para evaluar la actividad
		85%	% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa	Registro del monitoreo del cumplimiento de los indicadores PROA	Equipo POR con apoyo de la División Médica	85%	0%	0%		
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional					50%				
3.1	Resultado esperado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional					50%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
3.1.1	Implementación de la Gestión por Proceso	40%	% de dependencias capacitadas en la Gestión por Procesos	Registro de Dependencias Capacitadas	Unidad Organizativa de la Calidad en coordinación con Jefaturas y UDECAP				UDECAP y UOC	Esta actividad se calificó en el trimestre anterior y se eliminó para este 4° Trimestre, acordándose reprogramarla en el 2021
		20%	% de Procesos documentados por dependencia	Inventario de Procesos documentados	Jefaturas con el Apoyo de la Planificación				Jefaturas y Unidad de Planificación	
3.1.2	Revisión y Actualización de Guías Terapéuticas seleccionadas por especialidad	0.5	% de Guías Elaboradas	Registro del Inventario de Guías Terapéuticas a actualizar y N° de guías actualizadas	Jefaturas de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica	50%	25%	50%	División Médica y Quirúrgica	De acuerdo a los informes de los Jefes de División Médica y Quirúrgica en reunión de entrega de turno, esta actividad se cumplió, pero aún no se cuenta con las guías aprobadas, porque se encuentran en proceso de revisión en la Dirección de Regulación, por lo que se decidió evaluar su cumplimiento en un 50%
4	Objetivo: Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad					25%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
4.1	Resultado esperado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad					25%				
4.1.1	Evaluación de la Satisfacción de Atención del usuario externo	1	Informes con Resultados de la Evaluación	Informes de Evaluación de la Calidad de Atención Asistencial	Jefe de la UOC	0	0	0%	UOC	No se ha podido cumplir con la actividad, se realizó cambio de Jefatura en la Unidad Responsable, quien ha priorizado la realización de otras actividades de responsabilidad de la Unidad, que apoyan el proceso de atención y lo relacionado a la Pandemia Covid-19
4.1.2	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	4	Informes de Resultados de los estándares	Informes y Presentación	Unidad Organizativa de la Calidad con el Apoyo de la UEES y Divisiones Médica, Quirúrgica y de Enfermería	1	0	0%	OUC	Por actualización de Comités y atención de actividades relacionadas con la Pandemia de Covid 19, no ha podido cumplir con esta actividad.
4.1.3	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	50%	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	Informe de Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Dirección con el apoyo y coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad	50%	0%	0%	UOC	Por actualización de Comités y atención de actividades relacionadas con la Pandemia de Covid 19, no ha podido cumplir con esta actividad.

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
4.1.4	Reestructurar la Unidad de Investigación institucional para fomentar la Investigación con enfoque a los problemas sanitarios hospitalarios	1	Acuerdo de aprobación del Manual de Organización	Manual de Organización aprobado	Dirección				Dirección y Unidad de Planificación	
4.1.5	Monitoreo del Plan para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas.	85%	% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el plan	Informes presentados	Departamento de Pediatría Social	1	1	100%	Pediatría Social	A esta actividad se le cambio el indicador de evaluación en el trimestre anterior y se ha presentado el informe.
4.1.6	Diseñar y socializar un programa de educación en Salud a través de la Redes Sociales que permita informar sobre el Rol del Hospital en la Salud de la población	1	Programa aprobado	Documento de aprobación	Relaciones Públicas	0	0	0%	Relaciones Públicas	
4.1.7	Implementar el Programa de Educación en salud a través de Redes Sociales	85%	% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa	Registro del monitoreo del cumplimiento de los indicadores del programa	Relaciones Públicas con el apoyo de las Divisiones	0%	0%	0%	Relaciones Públicas	
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional					43%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
5.1	Resultado esperado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias					43%				
5.1.1	Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional	4	Nº de Monitoreos	Informes de Respaldo en los Sistemas y Evidencia documental	Consejo Estratégico de Gestión	1	1	100%	Unidad de Planificación	
5.1.2	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	80%	% de indicadores que cumple con el Estándar definido	Informes mensual de indicadores	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo de la Unidad de EEIS y la Unidad de Planificación	80%	45%	56%	Unidad de Planificación	Se han realizado los informes mensualmente, los estándares no se han cumplido porque por la Pandemia de Covid, no hay producción normal de Consulta y Cirugía, lo cual afecta el cumplimiento de estándares. Por lo que en reunión de Entrega de Turno del 11-03-2021, el C.E.G. Decidió no incluir la calificación en la Evaluación de este trimestre.
5.1.3	Evaluación del funcionamiento de la Sala Situacional	100%	% de cumplimiento de la programación anual de la Sala Situacional	Actas de reunión	Jefatura de Epidemiología	100%	100%	100%	Unidad de Epidemiología, Estadística e Información en Salud	Por la Pandemia de Covid-19 no se ha podido cumplir con el indicador de medición de esta actividad en relación a lo programado. Sin embargo,

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
		100%	% de cumplimiento de los acuerdos establecidos en la Sala Situacional	Informe de acuerdos cumplidos	Jefaturas designadas en los acuerdos				Unidad de Epidemiología, Estadística e Información en Salud	se ha dado seguimiento a la Pandemia y se han realizado las salas virtualmente y se han enviado los Boletines Epidemiológicos, por correo electrónico y wasap. Según nota de fecha 23 de noviembre de 2020, el responsable, solicita el cambio de indicador por N° de informes y que se dé por cumplida, lo cual ha sido aprobado en reunión de entrega de Turno del 02-12-2020
5.1.4	Evaluación de los resultados del Sistema PERC	2	N° de Evaluaciones	Resultados del Sistema y Acta de Reunión de Evaluación	Equipo de Trabajo de Costeo	1	0	0%	Unidad de Planificación	No se ha podido evaluar la Actividad no se cuenta con la Información de Recursos Humanos.
5.1.5	Elaborar el Plan Estratégico Institucional 2019-2024	1	Documento Elaborado	Registro del Proceso de Elaboración	Unidad de Planificación a través de la Dirección y su C.E.G	0	0	0%	Unidad de Planificación	No fue posible realizarla por atención a actividades del Covid, se reprogramará para el 2021
6	Objetivo: Realizar acciones que permitan la Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales y que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente					100%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
6.1	Resultado esperado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente.					0%				
6.1.1	Monitoreo de la Valoración de Riesgos Institucional	50%	% de disminución de Riesgos	Informe de Resultados presentados por las Dependencias e Informe de Auditoría Interna	Jefes de División y Departamento en coordinación con la Unidad de Auditoría Interna	50%	0%	0%	Auditoría Interna	No se contó con la Evidencia Documental para medir el resultado
6.1.2	Realización de Simulacro de Emergencia	2	Informe de Simulacro Realizados	Informe del Simulacro	UOC a través del Comité de Emergencia y Desastres	1	0	0%	UOC	No se contó con la Evidencia Documentar para medir el resultado
6.2	Resultado esperado: Realizar vigilancia de las condiciones ambientales para contribuir a la protección de la salud de la población y cuidado del medio ambiente					100%				
6.2.1	Realizar la vigilancia de la calidad del agua conforme al estándar de calidad	12	N° supervisiones Realizadas	Registro de Información en Etab e Informe de Supervisión	Inspector de Saneamiento	3	3	100%	UOC y Saneamiento Ambiental	Su cumplimiento se verifica según los resultados del estándar de Calidad
6.2.2	Monitoreo del Plan de Reciclaje	4	Informe de Resultados	Registro de Cantidad de Papel Reciclado y Recibos de Ingreso por la Venta	Inspector de Saneamiento con el apoyo de las Jefaturas y el Comité de Gestión Ambiental	1	1	100%	Saneamiento Ambiental y Unidad Financiera Institucional	El informe muestra un ingreso por \$45.22 en el 4° trimestre

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
6.2.3	Monitoreo del cumplimiento Plan de Manejo de Desechos Bio-infecciosos y Comunes	4	Informe de Resultado del estándar de calidad N° 23	Registro de acciones para cumplir con el Plan conforme al Reglamento Técnico del Manejo de desecho bioinfecciosos y actualización del estándar 23 en el ETAB	Inspector de Saneamiento con el apoyo de las Jefaturas	1	1	100%	UOC y Saneamiento Ambiental	El informe muestra que se ha realizado 1 supervisión por mes, identificando en el trimestre que se han realizado 14 capacitaciones con una asistencia de 82 participantes.
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano					38%				
7.1	Resultado esperado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano.					38%				
7.1.1	Monitoreo del Plan de Desarrollo del Recurso Humano 2019-2023	20%	% de cumplimiento del Plan de Desarrollo de Recursos Humanos	Cumplimiento de la Programación del Desarrollo del Plan	Departamento de Recursos Humanos	10%	0%	0%	Unidad de Recursos Humanos	No se cuenta con evidencia documental para evaluar la actividad
7.1.2	Realizar la actualización del Inventario y expediente Laboral de Recursos Humanos	100%	% de expedientes actualizados	Instrumento diseñado para la actualización del Expediente y expedientes actualizados	Departamento de Recursos Humanos con el apoyo de las Jefaturas y empleados del Hospital	50%	0%	0%	Unidad de Recursos Humanos	No se cuenta con evidencia documental para evaluar la actividad

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
7.1.3	Elaborará el Plan de Capacitación Institucional 2020	1	Plan Aprobado	Registro del Proceso de Elaboración del Plan	Departamento de Capacitación con el Apoyo de las Jefaturas de cada dependencia				Departamento de Capacitación	
7.1.4	Evaluar el Plan de Capacitación Institucional	80%	% de Cumplimiento del Plan	Registro e Informes del Departamento de Capacitación	Unidad de Desarrollo Profesional a través del Depto. de Capacitación en coordinación con las Jefaturas de cada dependencia	80%	92%	115%	Departamento de Capacitación	En el cumplimiento está arriba de lo esperado porque se incluyó en este trimestre la corrección de datos solicitados por el responsable vía correo electrónico.
8	Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información.					62%				
8.1	Resultado esperado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa.					62%				
8.1.1	Monitoreo de la generación oportuna de la Información Estadística de producción	100%	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	Informes de Control Estadísticos	Unidad de EEIS a través de Estadística con el apoyo de las Jefaturas de las Dependencias	100%	23%	23%	Sección de Estadística	Se ha realizado el monitoreo, en el 4° trimestre se ha implementado acciones como: de capacitación del Sistema y reuniones de coordinación a fin de mejorar la oportunidad.

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
8.1.2	Desarrollo e implementación de proyectos de tecnologías de Información	3	N° de Proyectos de Tecnologías de Información Implementados	Proyectos de Tecnologías de Información en producción	Dirección a través del Depto. de Informática y Jefaturas involucradas	1	1	100%	Departamento de Informática	Se han implementado más proyectos de los programados, algunos surgieron en base a la necesidad de registrar las atenciones de Covid-19
9	Objetivo: Lograr disminuir la mortalidad por la Pandemia de Covid.					100%				Este Objetivo estratégico y resultado esperado se incorporó por decisión de la Dirección a fin de evidenciar el trabajo operativo realizado para dar respuesta a la Epidemia de Covid-19
9.1	Resultado esperado: Dar respuesta oportuna a las demanda de pacientes infectados por el Covid-19, en base a la capacidad de respuesta y protocolos establecidos					100%				
9.1.1	Elaborar y divulgar el Plan Contingencial Frente a casos de Infección por el nuevo Coronavirus	1	Plan Aprobado y Divulgado	Documento Aprobado Evidencia de divulgación del Plan	Dirección o su delegado	0	0	0%	Departamento de Informática	
9.1.2	Realizar las Acciones estratégicas para la implementación y ejecución del Plan Contingencial para la Atención de Covid	1	Porcentaje de acciones realizadas en relación a las definidas	Registro de acciones definidas y realizadas	Dirección y Jefes de División	1	1	100%	Departamento de Informática	Se ha realizado el informe de acciones realizadas, dado a que por la emergencia se improvisa, se acordó en reunión de entrega de turno del 02 de diciembre cambiar el indicador al Informe de acciones realizadas y se diera por cumplido
Porcentaje de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos						65%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4to. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
Porcentaje de Cumplimiento de los Resultados Esperados						55%				

Nota: Para efectos de calificación de los resultados esperados, se considera el cumplimiento máximo del 100% en cada una de las actividades

**COMPROMISOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS NO ALCANZADOS
Plan Anual Operativo de Actividades 2020**

Período evaluado: De octubre a diciembre de 2020

N° Corr Act.		Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)	Calificación	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
1	1.1	Resultado Esperado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional	87%				
2	2.1	Resultado esperado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción	92%				
3	2.2	Resultado esperado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial		Las actividades programadas de este resultado no se han calificado en este trimestre, ya que por la situación generada por la Covid-19 no es posible, pues están relacionadas con la atención de consulta externa y cirugía, y otra con una propuesta relacionada a la atención en red.	Se estará evaluando la tendencia del Covid y en función de los resultados se retomarán las actividades operativas	Se retornará la actividad en el 2021	División Médica y Quirúrgica

N° Corr Act.		Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)	Calificación	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
4	2.3	Resultado esperado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	62%	Por la Epidemia de Covid, los responsables de esta actividad han tenido que realizar actividades y acciones emergentes, una de las actividades de este resultado no se evaluó por falta de evidencia documental.	Se reevaluará su realización en la planificación 2021		División Médica y Equipo PROA
5	3.1	Resultado esperado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional	50%	El resultado obtenido se vio afectado por la Pandemia Covid-19, la cual impidió el poder cumplir con lo programado	Se Evaluara su incorporación en el POAI 2021		Dirección
6	4.1	Resultado esperado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	25%	De las actividades programadas para su evaluación se cumplió solo una, el resto no se cumplió, entre otras razones por reorganización y ordenamiento de la Unidad Responsable y por los efectos de la Pandemia Covid-19	Monitoreo del resultado del proceso de capacitación en la Unidad responsable		Unidad Organizativa de la Calidad, con el apoyo del Consejo Estratégico de Gestión
7	5.1	Resultado esperado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	43%	En este resultado muestra que lo programado no se cumplió conforme a lo esperado a excepción de dos actividades y una de las cuales no se consideró su calificación, porque el resultado es afectado por la producción la cual debido al Covid-19 no se pudo realizar.	Se seguirá dando seguimiento y cumplimiento a las actividades		Jefatura de Epidemiología. Estadística e Información en Salud y Unidad de Planificación

N° Corr Act.	Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)	Calificación	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
8 6.1	Resultado esperado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente	0%	No se cumplió con lo programado			
9 6.2	Resultado esperado: Realizar vigilancia de las condiciones ambientales para contribuir a la protección de la salud de la población y cuidado del medio ambiente	100%	A pesar del Covid, se ha retomado el seguimiento de las actividades	0%	0%	UOC-Saneamiento Ambiental
10 7.1	Resultado esperado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	38%	De las actividades programadas, solo la relacionada al Plan de Capacitación se cumplió, el resto no se cuenta evidencia para evaluar su cumplimiento	Se evaluará la situación de las dependencias responsables	0%	Unidad de Formación Profesional, Departamento de Recursos Humanos y Departamento de Capacitación
11 8.1	Resultado esperado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa	62%	Cultura organizacional y la Pandemia Covid-19	Se realizará el monitoreo mensual y se informará a las Jefaturas los resultados	0%	Unidad de Epidemiología, Estadística e Información en Salud, con el apoyo de las Jefaturas

N° Corr Act.		Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)	Calificación	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
12	9.1	Resultado esperado: Dar respuesta oportuna a las demanda de pacientes infectados por el Covid-19, en base a la capacidad de respuesta y protocolos establecidos	100%	Se han realizado una cantidad considerable de acciones, las cuales es difícil realizarlas de manera planificada, ya que surgen de manera emergente al evaluar la necesidad para dar respuesta a la demanda de atención y las disposiciones y normativas de seguridad y prevención por el Covid-19	Se seguirá evaluando el funcionamiento del Hospital a través de reuniones virtuales para identificar necesidades y definiendo las acciones que den respuesta a las necesidades de los usuarios internos y externos	0%	Dirección y Jefes de División con el apoyo de las Unidades Asesoras
Porcentaje de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos					65%		
Porcentaje de Cumplimiento de los Resultados Esperados					60%		

RESULTADOS DE LA PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS De Octubre a diciembre de 2020

Producción y Cumplimiento de Metas en Consulta Ambulatoria

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Sub Especialidades Médicas 1/	10,513	3,755	36%	9,557	4,025	42%	8,123	3,345	41%	28,193	11,125	39%
Alergología / Inmunología	915	212	23%	832	227	27%	707	203	29%	2,454	642	26%
Cardiología	1,012	234	23%	920	226	25%	782	201	26%	2,714	661	24%
CENID	264	190	72%	240	164	68%	204	147	72%	708	501	71%
Dermatología	546	177	32%	496	202	41%	422	190	45%	1,464	569	39%
Endocrinología	968	619	64%	880	588	67%	748	492	66%	2,596	1,699	65%
Fisiatría	50	0	0%	45	0	0%	38	0	0%	133	0	0%
Gastroenterología	528	139	26%	480	167	35%	408	144	35%	1,416	450	32%
Hematología	704	219	31%	640	315	49%	544	294	54%	1,888	828	44%
Infectología	70	0	0%	64	0	0%	54	0	0%	188	0	0%
Nefrología	458	157	34%	416	177	43%	354	184	52%	1,228	518	42%
Neumología	1,056	181	17%	960	164	17%	816	121	15%	2,832	466	16%
Neurología	880	368	42%	800	415	52%	680	330	49%	2,360	1,113	47%
Nutriología	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND
Oncología	880	756	86%	800	792	99%	680	571	84%	2,360	2,119	90%
Pediatría General	1,144	256	22%	1,040	251	24%	884	147	17%	3,068	654	21%
Psiquiatría	774	160	21%	704	208	30%	598	209	35%	2,076	577	28%
Reumatología	264	87	33%	240	129	54%	204	112	55%	708	328	46%
Sub Especialidades de Cirugía 1/	5,877	2,031	35%	5,353	2,337	44%	4,542	2,228	49%	15,772	6,596	42%
Anestesiología / Algo logia	141	128	91%	128	121	95%	109	81	74%	378	330	87%
Cirugía Cardiovascular	48	3	6%	53	4	8%	38	4	11%	139	11	8%

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Cirugía General	810	287	35%	736	349	47%	626	347	55%	2,172	983	45%
Cirugía Maxilofacial	158	44	28%	144	60	42%	122	62	51%	424	166	39%
Cirugía Neonatal	106	20	19%	96	36	38%	82	39	48%	284	95	33%
Cirugía Oncológica	26	13	50%	24	19	79%	20	18	90%	70	50	71%
Cirugía Plástica	497	151	30%	452	180	40%	384	190	49%	1,333	521	39%
Neurocirugía	422	162	38%	384	191	50%	326	156	48%	1,132	509	45%
Oftalmología	915	504	55%	832	493	59%	707	504	71%	2,454	1,501	61%
Ortopedia	994	302	30%	904	397	44%	768	405	53%	2,666	1,104	41%
Otorrinolaringología	1,232	234	19%	1,120	302	27%	952	241	25%	3,304	777	24%
Urología	528	183	35%	480	185	39%	408	181	44%	1,416	549	39%
Total Consulta Externa Sub Esp Médicas	16,390	5,786	35%	14,910	6,362	43%	12,665	5,573	44%	43,965	17,721	40%
Otras Consultas Médicas 2/	5,106	8,923	175%	2,967	3,622	122%	2,198	2,655	121%	10,271	15,200	148%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	90	141	157%	87	161	185%	90	155	172%	267	457	171%
Triaje de Consulta Externa Médica	176	777	441%	160	545	341%	136	851	626%	472	2173	460%
Triaje de Consulta Externa Quirúrgica	0	0	#¡DIV/0!	320	129	40%	272	179	66%	592	308	52%
Telemedicina (Call Center)	4,840	8,005	165%	2,400	2,787	116%	1,700	1,470	86%	8,940	12,262	137%
Consulta Externa Odontológica 1/	981	168	17%	892	253	28%	758	220	29%	2,631	641	24%
Odontológica de primera vez	98	67	68%	89	83	93%	76	80	113%	263	230	87%
Odontológica subsecuente	883	101	11%	803	170	21%	682	140	29%	2368	411	17%
Otras Atenciones de Consulta Externa 1/	4,987	468	9%	4,837	498	10%	4,615	423	9%	14,439	1,389	10%
Clínica de Ulceras 3/	3,333	0	0%	3,333	0	0%	3,337	0	0%	10,003	0	0%
Nutrición	422	232	55%	384	214	56%	326	186	57%	1,132	632	56%
Psicología	1,232	221	18%	1,120	284	25%	952	237	25%	3,304	742	22%
Otra Atenciones de Psicología 4/	0	15	#¡DIV/0!	0	0	#¡DIV/0!	0	0	25%	0	15	#¡DIV/0!
Total Consulta Externa	22,358	6,422	29%	20,639	7,113	34%	18,038	6,216	34%	61,035	19,751	32%
Emergencias	2,020	1,455	72%	1,696	1,563	92%	1,822	1,509	83%	5,538	4,527	82%

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Cirugía General	1,000	803	80%	896	874	98%	922	952	103%	2,818	2,629	93%
Pediatría Gral.	1,020	652	64%	800	689	86%	900	557	62%	2,720	1,898	70%
Pediatría Gral.	1,020	540	53%	800	546	68%	900	488	62%	2,720	1,574	58%
Unidad de Crisis Covid Consulta 5/	0	112	#¡DIV/0!	0	143	#¡DIV/0!	0	69		0	324	#¡DIV/0!
Total Consulta Ambulatoria	24,378	7,877	32%	22,335	8,676	39%	19,860	7,725	39%	66,573	24,278	36%

NOTAS:

1/ Por la Pandemia de Covid se suspendió a partir de la última semana de marzo la atención de Consulta Externa, sin dejar de atender la demanda espontánea y a los pacientes crónicos en las diferentes especialidades, a partir del 21 de septiembre se reabertura gradualmente la atención de Consulta Externa

2/ A fin de realizar la atención adecuadamente considerando la Pandemia Covid-19, se implementó el Triage de Consulta Externa, el procesamiento de los datos de esta consulta es realizado manualmente. En el mes de diciembre se reportaron en el Triage de Medicina 495 consultas adicionales, las cuales no se habían reportado. Es importante mencionar que tanto el dato como del triage así como el de Telemedicina no se reporta en los Sistemas oficiales del MINSAL.

3/ No se cuenta con la información

4/ Por la Pandemia Covid 19, se realizaron atenciones psicológicas al personal y se reportan en otras atenciones de Psicología, las cuales se han procesaron manualmente. En este trimestre se reportan 15 realizadas en el 3° trimestre pero que no se habían reportado.

5/ Por seguridad de los pacientes y personal, por el Covid-19, se habilito el área de atención de Consulta de Pediatría para Covid (gripario), desde el 2° trimestre. En los Sistemas oficiales esta producción se Reporta en la Emergencia de Pediatría General.

Fuente de Datos

*Programación: Ingreso de datos (SPME).

*Producción: Consulta Externa Médica, Otras Atenciones Consulta Externa Médica (SIMMOW).

*Producción: Consulta Externa Odontológica (SIMMOW).

*Registros Internos del HNNBB

Producción y cumplimiento de Metas en Hospitalización

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Sub Especialidades de Medicina	438	413	94%	423	392	93%	436	380	87%	1297	1185	91%
Hematología Pediátrica	72	52	72%	69	41	59%	70	27	39%	211	120	57%
Infectología Pediátrica	106	125	118%	102	101	99%	106	118	111%	314	344	110%
Medicina Interna Pediátrica	72	57	79%	70	58	83%	72	51	71%	214	166	78%
Nefrología Pediátrica	21	18	86%	20	23	115%	21	25	119%	62	66	106%
Neonatología	43	37	86%	41	56	137%	43	51	119%	127	144	113%
Oncología Pediátrica	124	124	100%	121	113	93%	124	108	87%	369	345	93%
Sub Especialidades de Cirugía	521	333	64%	504	387	77%	517	403	78%	1542	1,123	73%
Cirugía Pediátrica	183	165	90%	177	164	93%	183	175	96%	543	504	93%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	75	39	52%	72	57	79%	74	62	84%	221	158	71%
Neurocirugía Pediátrica	92	74	80%	89	104	117%	92	92	100%	273	270	99%
Oftalmología Pediátrica	42	0	0%	41	0	0%	42	0	0%	125	0	0%
Otorrinolaringología Pediátrica	58	0	0%	56	0	0%	55	0	0%	169	0	0%
Ortopedia / Traumatología	71	55	77%	69	62	90%	71	74	104%	211	191	91%
Otros Egresos	90	50	56%	87	36	41%	90	38	42%	267	124	46%
Servicios por Contrato	90	50	56%	87	36	41%	90	38	42%	267	124	46%
Total de Egresos Hospitalarios	1,049	796	76%	1,014	815	80%	1,043	821	79%	3,106	2,432	78%

Fuente de Datos

* Programación: Ingreso de datos (SPME).

* Producción: Egresos Hospitalarios (SIMMOW).

Producción y cumplimiento de Cirugía Mayor

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Electivas para Hospitalización	277	117	42%	237	135	57%	206	109	53%	720	361	50%
Electivas Ambulatorias	124	39	31%	112	59	53%	96	59	61%	332	157	47%
De Emergencia para Hospitalización	323	213	66%	234	248	106%	314	189	60%	871	650	75%
De Emergencia Ambulatoria	2	15	750%	2	9	450%	11	10	91%	15	34	227%
Cirugía Mayor	726	384	53%	585	451	77%	627	367	59%	1938	1202	62%

NOTAS:

La Producción se ha visto afectada por la Pandemia Covid-19, que ha obligado a la suspensión de cirugía electiva y el cierre de 3 quirófanos, ya que solo se ha estado funcionando con 4 quirófanos

Fuente de Datos

- * Producción: Cirugía Mayor Electivas para Hospitalización y De Emergencias para Hospitalización (SIMMOW por fecha de intervención).
- * Producción: Cirugía Mayor Electivas Ambulatorias y De Emergencias Ambulatorias (SIMMOW por fecha de egreso).

Producción y cumplimiento de Metas en Medicina Crítica

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Unidad de Emergencia												
Admisiones	1,042	982	94%	1,008	1,098	109%	1,042	1,111	107%	3,092	3,191	103%
Transferencias	435	470	108%	425	481	113%	425	553	130%	1,285	1,504	117%
Unidad de Máxima Urgencia												
Admisiones	140	79	56%	135	72	53%	140	73	52%	415	224	54%
Transferencias	140	59	42%	135	66	49%	140	62	44%	415	187	45%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios *												
Admisiones	154	132	86%	146	103	71%	135	131	97%	435	366	84%
Transferencias	144	137	95%	140	101	72%	144	133	92%	428	371	87%

NOTAS:

En Unidad de Cuidados Intensivos se incluyen los datos de UCI, UCI Covid, UCIN y UCIQ

Fuente de Datos

* Producción: Medicina Crítica (SEPS2).

Producción y cumplimiento de Metas en Laboratorio Clínico y Banco de Sangre

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	67,664	53,598	79%	65,480	52,434	80%	67,664	51,754	76%	200,808	157,786	79%
Hematología	18,941	13,871	73%	18,329	11,701	64%	18,941	13,102	69%	56,211	38,674	69%
Consulta Externa	5,451	3,459	63%	5,275	3,403	65%	5,451	3,861	71%	16,177	10,723	66%
Hospitalización	6,971	5,721	82%	6,746	3,902	58%	6,971	4,655	67%	20,688	14,278	69%
Emergencia	3,039	2,020	66%	2,941	1,602	54%	3,039	2,109	69%	9,019	5,731	64%
Referido / Otros	3,480	2,671	77%	3,367	2,794	83%	3,480	2,477	71%	10,327	7,942	77%
Inmunología	5,453	4,018	74%	5,278	4,607	87%	5,453	3,819	70%	16,184	12,444	77%
Consulta Externa	1,196	1,146	96%	1,158	1,251	108%	1,196	650	54%	3,550	3,047	86%
Hospitalización	730	1,243	170%	707	1,294	183%	730	1,030	141%	2,167	3,567	165%
Emergencia	312	394	126%	302	652	216%	312	963	309%	926	2,009	217%
Referido / Otros	3,215	1,235	38%	3,111	1,410	45%	3,215	1,176	37%	9,541	3,821	40%
Bacteriología	4,863	4,272	88%	4,707	3,806	81%	4,863	3,325	68%	14,433	11,403	79%
Consulta Externa	404	171	42%	391	194	50%	404	79	20%	1,199	444	37%
Hospitalización	2,969	2,873	97%	2,874	2,464	86%	2,969	2,129	72%	8,812	7,466	85%
Emergencia	1,490	1,228	82%	1,442	1,148	80%	1,490	1,117	75%	4,422	3,493	79%
Parasitología	371	252	68%	358	235	66%	371	245	66%	1,100	732	67%
Consulta Externa	44	18	41%	42	13	31%	44	10	23%	130	41	32%
Hospitalización	197	137	70%	190	131	69%	197	132	67%	584	400	68%
Emergencia	130	97	75%	126	91	72%	130	103	79%	386	291	75%
Bioquímica	36,334	29,991	83%	35,162	30,850	88%	36,334	30,113	83%	107,830	90,954	84%
Consulta Externa	6,937	3,505	51%	6,713	3,602	54%	6,937	2,640	38%	20,587	9,747	47%
Hospitalización	20,644	15,829	77%	19,978	16,104	81%	20,644	15,366	74%	61,266	47,299	77%
Emergencia	5,093	3,868	76%	4,929	3,914	79%	5,093	4,038	79%	15,115	11,820	78%
Referido / Otros	3,660	6,789	185%	3,542	7,230	204%	3,660	8,069	220%	10,862	22,088	203%

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Urianálisis	1,702	1,194	70%	1,646	1,235	75%	1,702	1,150	68%	5,050	3,579	71%
Consulta Externa	651	286	44%	630	337	53%	651	258	40%	1,932	881	46%
Hospitalización	541	518	96%	523	453	87%	541	434	80%	1,605	1,405	88%
Emergencia	503	290	58%	486	345	71%	503	318	63%	1,492	953	64%
Referido / Otros	7	100	1429%	7	100	1429%	7	140	2000%	21	340	1619%
Banco de Sangre	11,605	9,516	82%	11,231	10,779	96%	11,605	10,823	93%	34,441	31,118	90%
Consulta Externa	4,228	2,508	59%	4,092	2,439	60%	4,228	2,424	57%	12,548	7,371	59%
Hospitalización	6,088	6,346	104%	5,892	7,490	127%	6,088	7,277	120%	18,068	21,113	117%
Emergencia	946	320	34%	915	441	48%	946	784	83%	2,807	1,545	55%
Referido / Otros	343	342	100%	332	409	123%	343	338	99%	1,018	1,089	107%

Fuente de Datos
Producción de Medicina Crítica (SEPS2)

Producción y cumplimiento de Metas en Servicios de Tratamiento y Apoyo

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Imagenología												
Fluoroscopias	65	10	15%	65	38	58%	75	42	56%	205	90	44%
Radiografías	4,891	3,256	67%	4,734	2,996	63%	4,891	2,881	59%	14,516	9,133	63%
Ultrasonografías	598	465	78%	579	464	80%	598	384	64%	1,775	1,313	74%
Tomografía Axial Computarizada	384	150	39%	372	334	90%	384	287	75%	1,140	771	68%
Resonancias Magnéticas Nucleares	86	80	93%	83	77	93%	86	72	84%	255	229	90%
Anatomía Patológica												
Biopsias Otras partes del cuerpo	272	160	59%	272	188	69%	279	203	73%	823	551	67%
Otros Procedimientos Diagnósticos												
Ecocardiogramas	229	467	204%	229	393	172%	231	275	119%	689	1,135	165%
Electrocardiogramas	332	312	94%	332	294	89%	338	253	75%	1,002	859	86%
Electroencefalogramas	325	162	50%	325	153	47%	325	137	42%	975	452	46%
Endoscopias	15	12	80%	15	16	107%	15	3	20%	45	31	69%
Tratamiento y Rehabilitación												
Cirugía Menor	388	308	79%	313	306	98%	446	310	70%	1,147	924	81%
Diálisis Peritoneal	301	336	112%	285	323	113%	266	298	112%	852	957	112%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	1,394	1,344	96%	1,349	1,194	89%	1,394	1,048	75%	4,137	3,586	87%
Hemodiálisis	434	178	41%	420	172	41%	434	157	36%	1,288	507	39%
Inhaloterapias	1,990	2,318	116%	1,990	1,739	87%	1,990	2,274	114%	5,970	6,331	106%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	9,000	8,825	98%	8,710	9,442	108%	9,000	5,662	63%	26,710	23,929	90%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	24,278	20,538	85%	23,494	21,921	93%	24,278	21,426	88%	72,050	63,885	89%
Terapias Respiratorias	17,096	16,214	95%	17,096	16,071	94%	17,104	17,990	105%	51,296	50,275	98%
Trabajo Social												
Casos Atendidos	5,165	2,662	52%	4,696	2,549	54%	3,991	1,719	43%	13,852	6,930	50%

Fuente de Datos
Producción de Medicina Crítica (SEPS2)

CONCLUSIONES

1. Que para garantizar la efectividad del proceso de Planificación, programación y Evaluación institucional, este debe realizarse de manera participativa, de tal manera que se logre el compromiso en la consecución de los objetivos y resultados esperados.
2. Que para mejorar el proceso de toma de decisiones, es necesario que la evaluación de la programación del Plan Anual operativo se realice oportunamente, para lo cual es indispensable que los involucrados en el proceso deben cumplir oportunamente con las fechas de entrega de la información o evidencia del cumplimiento de las actividades programadas.
3. Que el resultado de la Evaluación del 4° trimestre del Plan Operativo Anual Institucional 2020, fue afectado por la Pandemia de Covid-19, por lo que no ha sido posible lograr el cumplimiento esperado, dado que la producción se vio disminuida en alto porcentaje, porque a pesar que la actividades suspendidas de Consulta Externa y Cirugías se reanudaron gradualmente a partir del 21 de septiembre de 2020, se presentó un alto índice de ausentismos de pacientes.
4. Que las condiciones de funcionamiento del Hospital por la Pandemia de Covid-19, y las ausencias de personal, causadas especialmente por enfermedad, ha afectado la oportunidad de realización del Proceso de Evaluación del 4° Trimestre del PAOI.
5. Que a pesar de que el Hospital ha realizado esfuerzos por realizar la apertura gradual de toda la oferta de servicios, la epidemia ha limitado la realización de algunas actividades, por lo que en la evaluación de este trimestre se ha realizado lo siguiente:
 - a. Excluir de la evaluación y calificación del POAI del 4° trimestre las actividades 2.1.1., 2.2.1., 2.2.2., 2.2.3., y 5.1.2., las cuales en condiciones normales se hubiesen podido realizar y evaluar, pero dado los efectos de la Pandemia Covid no ha sido posible.
 - b. Se ha eliminaron del Plan desde el trimestre anterior las Actividades 1.1.4. y 4.1.4., y en este 4° trimestre la actividad 3.1.1.
 - c. Se modificaron desde el trimestre anterior los indicadores de evaluación de las actividades 4.1.5., 5.1.3. y la 9.1.2.
 - d. Las actividades no programadas de evaluación en este trimestre son las 2.2.4., 2.3.2., 4.1.6., 4.1.7. y 7.1.3.
 - e. No se han cumplido las actividades 2.3.4., 4.1.1., 4.1.2., 4.1.3, 5.1.4, 5.1.5., 6.1.1., 6.1.2., 7.1.1. y 7.1.2.

6. Que a pesar de la Pandemia de Covid-19 y considerando las exclusiones, reprogramaciones y eliminaciones de actividades, el cumplimiento de la POAI del 4° trimestre fue en los Objetivos estratégicos del 65% y de los Resultados Esperados de 60%. En lo que respecta a la programación operativa o metas de producción de servicios finales se obtuvo:
 - a. En consulta Externa a pesar de haberse reanudado la actividad a partir del 21 de septiembre de 2020, no se tuvo una demanda normal, se evidenció la ausencia de pacientes, pero a pesar de ello se logró un cumplimiento de la meta del 40% en las sub especialidades Médicas, y se toda la consulta externa una cobertura promedio de meta del 32%.
 - b. En Hospitalización el resultado del cumplimiento fue del 78%, lo cual evidencia un incremento en relación al 2° trimestre, esto refleja el esfuerzo que se está realizando para que a pesar de las condiciones surgidas por la Epidemia, se mantenga la oferta de servicios de Hospitalización las 24 horas del día.
 - c. En Emergencia si bien es cierto no se tiene una meta, si se establece un dato de referencia en relación a la producción histórica, al evaluar el resultado con el dato de referencia se evidencia una cobertura de producción del 82%, lo cual representa más del 30% en relación al Trimestre anterior.
 - d. En las Unidades de Cuidados Intensivos la cobertura de la meta fue del 87%, esto evidencia la demanda permanente y creciente de pacientes que requieren cuidados críticos, porque a pesar de la Pandemia y la reducción de camas por remodelación y ordenamiento del servicio, el incremento es significativo.
 - e. En relación al cumplimiento de Metas de la actividad quirúrgica, es notable el incremento, ya que en trimestre se cubrió en un 62%, lo cual evidencia un incremento del 17% en relación al trimestre anterior.

7. Que el seguimiento de las actividades programadas en el 4° trimestre del POAI 2020, no se realizó con la oportunidad esperada, entre otras razones porque se ha priorizado la atención a la demanda de actividades emergentes por la Pandemia de Covid-19, la ausencia de personal por enfermedad.

RECOMENDACIONES

1. Que los obstáculos encontrados al evaluar el cumplimiento del Plan, se consideren como oportunidades para mejorar la gestión y los procesos.
2. Que deberán realizar esfuerzos para que la generación de información sea oportuna, de tal manera que sea de utilidad para la mejora continua del proceso de toma de decisiones institucional.
3. Que las dependencias responsables de las actividades programadas efectúen la revisión del resultado obtenido para establecer los planes y/o acciones de mejora, y el seguimiento oportuno que garantice la mejora continua de la gestión y el cumplimiento de los objetivos institucionales.



Dr. Ángel Ernesto Alvarado
Director