



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dirección

PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2021
INFORME DE EVALUACION
TERCER TRIMESTRE

Dr. Ángel Ernesto Alvarado
Director del HNNBB

18 de diciembre de 2021

Elaborado por: Equipo Técnico Unidad de Planificación

Plan Anual Operativo Institucional 2021 del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Esta permitida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su usos tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Hospital de Niños Benjamín Bloom puede consultarse en el Portal de Transparencia del Ministerio de Salud.

Autoridades

Dr. Ángel Ernesto Alvarado
Director

Dr. Werner H. Rosales
Sub Director y Jefe de Unidad de Planificación

Dr. Pablo Ricardo González
Jefe de División Quirúrgica

Dr. David Ernesto Castillo Bustamante
Jefe de División Médica

Dra. Ileana María Hernández
Jefe de División de Servicios de Diagnóstico y Apoyo

Licda. Cándida Arely Montano
Jefe de la División Administrativa

Licda. Claudia Carpio
Jefe de la División de Enfermería

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 2021 (POAI-2021); comprende el establecimiento de objetivos estratégicos, resultados esperados y las actividades o acciones a cumplir anualmente. Con la finalidad de verificar los avances de lo programado, en el Hospital es realizado un proceso de evaluación y seguimiento trimestral, y es por tal razón que se presenta este documento el cual contiene los resultados obtenidos de la Evaluación del 3° Trimestre del POAI-2021.

El proceso de monitoreo y evaluación, ha sido institucionalizado en el Hospital y es realizado en principio por los miembros del Consejo Estratégico de Gestión, en reuniones propias de dicho Consejo o por aprovechamiento de los tiempos laborales en 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- 2021.

En este 3° trimestre el funcionamiento del hospital sigue siendo afectado por la Pandemia Covid 19, puesto que no se ha podido habilitar la dotación de camas para el funcionamiento normal, tanto por falta de espacios físicos, como porque se ha tenido que seguir disponiendo de instalaciones físicas y recursos habilitados para la atención específica de pacientes de Covid. La situación sigue siendo preocupante para el Hospital, ya que la demanda de enfermedades que normalmente se atienden sigue creciendo y esto obliga a la realización de esfuerzos traducidos en acciones adicionales y estrategias temporales, pero que son necesarias y urgentes para dar respuesta a la demanda y necesidades de la población.

Es importante mencionar que la Pandemia también sigue teniendo impacto en los procesos administrativos, afectando especialmente la oportunidad y calidad en la entrega de la información, y el proceso de Evaluación del Plan Anual Operativo, no es la excepción, pero

sin embargo, se ha tenido la participación activa y el seguimiento de las actividades a través de las reuniones de entrega de turno, vía telefónica y mensajes de Wasap, que aunque no es lo ideal ha permitido avanzar y contar con el informe de este 3° trimestre; por lo que se considera importante valorar el esfuerzo, el cual ha dado como resultado la calificación obtenida.

RESUMEN

El informe comprende la calificación de los resultados de la Programación de Actividades del 3° Trimestre del PAOI 2021, consideradas como factibles de evaluar, tomando en cuenta los factores internos y externos que afectan su desarrollo, pero respetando que estén en concordancia con el lineamiento ministerial 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 2021, se realizó considerando la Pandemia Covid-19, por lo que dichos elementos deberán considerarse al realizar la revisión de cada una de las actividades programadas.

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 rango 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 2021

RESULTADOS DE LA EVALUACION TERCER TRIMESTRE

PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES De julio a septiembre de 2021

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	3° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil					91%				
1.1	Resultado Esperado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional					91%				
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 Auditorías de egresos de pacientes fallecidos	Informes de Auditoría de Mortalidad	Jefe de Servicios de Hospitalización en coordinación con el apoyo del Comité de Mortalidad	80%	67%	84%	Informe de Mortalidad en Unidad de Epidemiología Estadística e Información en Salud, Informe de Auditoría, División Médica y Quirúrgica, Indicador en Unidad de Planificación	El resultado se ha visto afectado porque la disminución de auditorías realizadas en algunos servicios.
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%	56%	80%	Comité de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria y Unidad de Planificación	La meta no ha sido alcanzada, porque se ha disminuido la vigilancia debido a que el personal responsable está asignado a la atención de Vacunas de Covid-19.

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	3° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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 Presentación del Informe	Divisiones Médica y División de Enfermería	1	1	100%	División Médica	
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	1	1	100%	División Médica y Quirúrgica	
2	Objetivo: mejorar el Desempeño Hospitalario					81%				
2.1	Resultado esperado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción					100%				
2.1.1	Lograr que las especialidades Médicas de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	66%	% 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	60%	94%	134%	Sistemas de Información: Producción SIMONS, SEPS y SPME Monitoreo del Cumplimiento de Metas	El resultado es mayor de lo esperado porque las Metas se establecieron considerando un número menos de pacientes a atender, dada la afectación de la Pandemia Covid-19.
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%	96%	113%	Sistemas de Información: Producción SIMONS, SEPS y SPME Monitoreo del Cumplimiento de Metas	El resultado obtenido es mayor porque las Metas se establecieron considerando una reducción y ocupación menor de camas por la afectación de la Pandemia de Covid-19

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	3° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
2.2	Resultado esperado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial					75%				
2.2.1	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Primera Vez de las Especialidades Médicas	10%	Tiempo de Espera en Días	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefe de Depto. de Consulta Externa Médica	10%	16%	160%	Departamento de Consulta Externa Médica y Quirúrgica	El resultado obtenido es en comparación al tercer trimestre del 2019, en donde el tiempo de espera fue de 64 días y en el 2021 en el mismo trimestre los días de espera son 54.
2.2.2	Seguimiento y Evaluación del Tiempo de Espera para Cirugía Electiva, de las Especialidades que programan normalmente	> 60 días	Tiempo de Espera en Días Hábiles	Informe de Tiempo de Espera	Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Con Ext. Qx, Jefes de Especialidades	60	18	100%	Departamentos de Consultas Externa Quirúrgica y Centro Quirúrgico.	Esta actividad se modificó desde el trimestre anterior, considerando como indicador el estándar definido por el MINSAL, y en este trimestre, se evidencia una reducción del tiempo de espera en comparación al estándar, lo cual es posible por la estrategia de Manejo de Quirófanos para la programación de Cirugía Electivas..
2.2.3	Actualizar y Cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	1	Plan de Supervisión Actualizado	Documento Aprobado	Coordinador del Equipo de Supervisión				Dirección, División Médica y Planificación	Esta actividad se evaluó en el 1° trimestre.
		3	Informe de Monitoreo del Cumplimiento del Plan	Informes de Resultados de Supervisiones Realizadas	Equipo de Supervisión Institucional	1	1	100%	Dirección, División Médica y Planificación	

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	3° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
2.2.4.	Elaborar un Plan para la Descentralización de Cirugías que se puedan realizar en el 2° nivel	2	Documento Aprobado	Documento y Gestión realizada para la aprobación de la propuesta	Jefe de División Quirúrgica y Dirección				División Quirúrgica	Esta actividad fue evaluada en el 1° Trimestre
			Informe de Monitoreo del Cumplimiento del Plan	Informe de Resultados Obtenidos	Jefe de División Quirúrgica	1	0	0%	División Quirúrgica	Aunque se inició el proceso de coordinación con algunos establecimientos de la Red, no se ha podido cumplir, dado los factores externos que impiden su realización por lo que por decisión del C.E.G. se eliminará del Plan.
2.3	Resultado esperado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios					67%				
2.3.1	Evaluar el resultado del Monitoreo del índice de uso de los Servicios de Laboratorio, Radiología, Banco de Sangre y Farmacia	4	Presentación de Resultados del Índice de Uso	Acta de Sala Situacional en donde se realiza la Presentación	Jefe de los Servicios de Laboratorio, Imágenes Médicas, Banco de Sangre, Farmacia y Jefe de División de Diagnóstico	1	1	100%	División de Diagnóstico	El informe incluye el resultado global de la producción brindada por los servicios de apoyo diagnóstico a los receptores agrupados en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia. Los resultados muestran que se han realizado por D.C.O.: 5.52 exámenes de laboratorio, 1.29 transfusiones, 0.3 estudios de Radiología y 4.53 recetas.

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	3° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
2.3.2	Evaluar el índice de uso de los servicios de Alimentación, Fórmulas y Lavandería	4	Presentación de Resultados del Índice de Uso	Acta de Sala Situacional en donde se realiza la Presentación	Jefe de alimentación, Fórmulas, Lavandería, Mantenimiento, Transporte y Jefe de División Administrativa	1	0	0%	División Administrativa	No se contó con evidencia documental para evaluar la actividad.
2.3.3	Monitoreo del Abastecimiento de Medicamentos	90%	Porcentajes de Abastecimiento	Informe de monitoreo Presentados	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de Farmacoterapia y UACI	90%	96%	107%	Departamento de Suministro y Abastecimiento	El monitoreo es realizado semanalmente
2.3.4	Diseño, socialización e implementación del Programa de Optimización del uso de antibióticos	1	Programa elaborado socializado	Informe	Equipo PROA				División Médica	Esta actividad fue evaluada en el 1° Trimestre
		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				División Médica	Se han realizado varias acciones, pero no se ha podido cumplir con la actividad conforme a lo programado, por lo que el equipo responsables solicitó reprogramar para el 2022 la actividad, ya que se el 4° Trimestre se actualizará el programa conforme a la experiencia obtenida en el proceso de implementación.

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	3° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional					0%				
3.1	Resultado esperado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional					0%				
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	20%	0%	0%	UDECAP y UOC	No se contó con evidencia documental para evaluar la actividad
		20%	% de Procesos documentados por dependencia	Inventario de Procesos documentados	Jefaturas con el Apoyo de UOC				Dependencias y UOC	Su evaluación está programada para el 4° Trimestre
3.1.2	Revisión y Actualización de Guías Terapéuticas seleccionadas por especialidad	50%	% 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				División Médica y Quirúrgica	Su evaluación está programada para el 4° Trimestre
4	Objetivo: Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad					15%				
4.1	Resultado esperado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad					15%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	3° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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	1	0	0%	UOC	No se contó con evidencia documental para evaluar la actividad
4.1.2	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	75%	Promedio de Resultados de los estándares de Calidad	Informes de Resultados Presentados	Unidad Organizativa de la Calidad con el Apoyo de Jefaturas y Coordinadores de Hospitalización y Comités	75%	33%	44%	Sistema ETAC del Ministerio de Salud y UOC	El resultado se ha visto afectado porque no se han ingresado oportunamente los datos al E-TAB
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				UOC y Dirección	Esta actividad debía ser realizada y evaluada en el 1° trimestre, pero se definió que se tendría que reprogramar y realizarla conforme a las indicaciones de la UOC del MINSAL.
4.1.4	Actualización y Monitoreo del Plan para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas.	1	Plan Actualizado	Documento Aprobado	Depto. de Pediatría Social UOC					
		85%	% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el plan	Informes de Resultados presentados Mensualmente	Departamento de Pediatría Social	85%	0	0%	Pediatría Social y UOC	No se cuenta con la Evidencia para evaluar su cumplimiento.
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional					96%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	3° 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					96%				
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 -Portal de Transparencia	El de informe de monitoreo considerado para la evaluación trimestral es el resultados obtenido en el trimestre anterior.
5.1.2	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	12	Informe de Resultados de los indicadores	Informes mensual de indicadores	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo de la Unidad de EEIS y la Unidad de Planificación	3	3	100%	Unidad de Planificación y Dependencias Relacionadas.	Los informes considerados para la evaluación trimestral son los resultados reportados en el trimestre anterior
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%	83%	83%	Epidemiología	Se programaron seis Salas y se realizaron cinco
		100%	% de cumplimiento de acuerdos establecidos en la Sala Situacional	Informe de acuerdos cumplidos	Jefaturas designadas en los acuerdos	100%	100%	100%	Epidemiología	En las salas realizadas se establecieron 4 acuerdos, los cuales fueron cumplidos.

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	3° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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				Sistema PERC-OPS y Dirección	En este trimestre no está programada la evaluación de esta actividad
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					49%				
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	Jefaturas y Auditoría Interna				Auditoría Interna y Dependencias	Los informes de seguimiento son trimestrales, pero la evaluación de la actividad está programada para el 4° Trimestre
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%	ouc	No se cuenta con la evidencia documental para evaluar la actividad
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					98%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	3° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
6.2.1.	Realizar la vigilancia de la calidad del agua	4	N° Informes	Informes de resultados y Estándar de Calidad N° 24 actualizado	Inspector de Saneamiento	1	1	100%	Saneamiento Ambiental	El informe de resultados muestra que se ha cumplido con el estándar en un 100% y se han realizado las actividades que garantizan la vigilancia, realizando 204 lecturas de cloro, 6 tomas de muestra de agua, 3 informes para registro de indicador en el ETAB
6.2.2	Socialización y Monitoreo del Proyecto de Reciclaje	90%	% de dependencias capacitadas en el Proyecto de Reciclaje	Informe de Capacitación es realizadas y N° de participantes	Comité de Gestión Ambiental con el apoyo de la UOC y jefaturas	30%	27%	90%	Comité de Gestión Ambiental-UOC	Para esta actividad según informe de Inspector de Saneamiento se había definido capacitar a los 13 servicios de Hospitalización, Alimentación y Limpieza, Se capacitó a personal de 4 servicios.
		4	Informe de Resultados	Registro de Cantidad de Papel Reciclado y Recibos de Ingreso por la Venta	Comité de Gestión Ambiental con el apoyo de la UOC y Administración	1	1	100%	Comité de Gestión Ambiental-UOC	El informe muestra la realización de 9 supervisiones, 3 informes de estándar, 3 supervisiones externas, 9 capacitaciones al personal. De esto esfuerzo se logró reciclar 825 lbs de cartón, 62 placas, obteniendo un ingreso de \$ 56.75

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	3° 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	N° de Informes	Registro de acciones para cumplir con el Plan conforme al Reglamento Técnico del Manejo de desecho bioinfecciosos y actualización del estándar 23	Inspector de Saneamiento con el apoyo de las Jefaturas	1	1	100%	Saneamiento Ambiental	El informe indica la realización de 6 recorridos para supervisar los servicios, además de 3 recorridos estándar, 3 i Informes del estándar 23, el cual se obtuvo un 100% de cumplimiento, 3 capacitación, y 3 supervisiones de UCSF San Miguelito
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano					50%				
7.1	Resultado esperado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano					50%				
7.1.1	Monitoreo del Plan de Desarrollo del Recurso Humano 2019-2023	40%	% de cumplimiento del Plan de Desarrollo de Recursos Humanos	Cumplimiento de la Programación del Desarrollo del Plan	Departamento de Recursos Humanos	40%	0%	0%	Departamento de Recursos Humanos	No se cuenta con la evidencia documental para evaluar la actividad

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	3° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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				Departamento de Recursos Humanos	Esta actividad viene reprogramada del año 2020 para cumplirse en el primer trimestre 2021, pero no se pudo evaluar porque no se contó con la Evidencia de cumplimiento, y por decisión del C.E.G. se reprogramó su evaluación para el 4° trimestre de 2021
7.1.3	Elaborar el Plan de Capacitación Institucional 2021	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	Esta actividad ya fue evaluada en el 1° trimestre 2021
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 Departamento de Capacitación en coordinación con las Jefaturas de cada dependencia	80%	89%	111%	Departamento de Capacitación	
8	Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información					17%				
8.1	Resultado esperado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa					17%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	3° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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%	34%	34%	Estadística	Para el obtener el resultado se ha considerado el promedio de dependencias que entregan oportunamente los informes de producción, conforme a la fecha de corte para recepción de información en Estadística
8.1.2.	Elaboración e implementación de un Plan de Mejora de Proceso de Generación de Información Oficial	1	Plan Elaborado	Documento Aprobado	Equipo de Mejora				Epidemiología y UOC	Esta actividad fue evaluada en el 2° Trimestre
		30%	% de cumplimiento de los Indicadores del Plan	Informes de Mejoras	Equipo de Mejora	10%	0%	0%	Epidemiología y UOC	No se contó con la evidencia documental para evaluar la actividad
Porcentaje de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos						50%				
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 2021

Período evaluado: De julio a septiembre de 2021

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	91%	Lo que afecto el logro de resultado para su cumplimiento del 100%, es la asignación de actividades relativas a la Pandemia Covid-19 del personal que realiza el monitorio de adherencia del lavado de manos y las auditorias de mortalidad	Evaluar la carga laboral del personal asignado a las actividades afectadas	Dic-2021	División Médica y de Enfermería
2 2.1	Resultado esperado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción	100%	El resultado es aceptable			
3 2.2	Resultado esperado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial	75%	Lo que afecta el logro del resultado fue que no se pudo realizar la Descentralización de Cirugía al 2° nivel por factores externos	Se eliminará la actividad, ya para su cumplimiento se requiere del apoyo y participación de la RISS y el MINSAL	octubre-2021	Dirección y Jefe de División Quirúrgica
4 2.3	Resultado esperado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	67%	Dos de las actividades programadas dos no se cumplieron, una por surgimiento de trabajos emergentes y otra porque es necesario reevaluar y replantear el	Una de las actividades se reprogramará para el 2022, porque es necesario realizar ajustes y la otra se deberá realizar una mejor organización de	4° trimestre	División Médica y División Administrativa

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	
			funcionamiento	funciones			
5	3.1	Resultado esperado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional	0%	No se cumplió con lo programada por carga laboral emergente	Revisión y reorganización de funciones	4° trimestre	Unidad Organizativa de la Calidad, con el apoyo de las Jefaturas
6	4.1	Resultado esperado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	15%	No se cumplio con lo programada por carga laboral emergente	Revisión y reorganización de funciones	4° trimestre	Unidad Organizativa de la Calidad, con el apoyo de las Jefaturas
7	5.1	Resultado esperado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	96%	El resultado es aceptable			
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 programada por carga laboral emergente	Revisión y reorganización de funciones	4° trimestre	Unidad Organizativa de la Calidad, con el apoyo de las Jefaturas
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	98%	El resultado es aceptable			
10	7.1	Resultado esperado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	50%	El resultado ha sido afectado por no cumplimiento de una actividad, la cual no se ha podido cumplir por que el	Fortalecer al área responsable	4° trimestre	Departamento de Recursos Humanos 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
				departamento responsable está en proceso de reorganización			
11	8.1	Resultado esperado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa	17%	No se cumplió con lo programada por carga laboral emergente y ausencias	Revisión y reorganización de funciones	4° trimestre	Jefaturas
Porcentaje de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos					50%		
Porcentaje de Cumplimiento de los Resultados Esperados					55%		

**RESULTADOS DE LA PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS
De Julio a Septiembre de 2021**

Producción y Cumplimiento de Metas en Consulta Ambulatoria

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Sub Especialidades Médicas Ped.	7,774	6,207	80%	5,992	5,373	90%	7,402	6,355	86%	21,168	17,935	85%
Alergología / Inmunología	653	337	52%	505	294	58%	624	261	42%	1,782	892	50%
Cardiología	616	334	54%	476	415	87%	588	488	83%	1,680	1,237	74%
CENID	253	179	71%	179	156	87%	221	142	64%	653	477	73%
Dermatología	330	318	96%	255	278	109%	315	302	96%	900	898	100%
Endocrinología	726	817	113%	561	756	135%	693	842	122%	1,980	2,415	122%
Fisiatría	154	130	84%	119	94	79%	147	121	82%	420	345	82%
Gastroenterología	396	294	74%	306	203	66%	378	317	84%	1,080	814	75%
Hematología	528	464	88%	408	390	96%	504	422	84%	1,440	1,276	89%
Infectología	26	30	115%	20	53	265%	25	29	116%	71	112	158%
Nefrología	198	340	172%	153	293	192%	189	302	160%	540	935	173%
Neumología	462	338	73%	357	260	73%	441	348	79%	1,260	946	75%
Neurología	660	774	117%	510	565	111%	630	708	112%	1,800	2,047	114%
Oncología	924	781	85%	714	627	88%	882	724	82%	2,520	2,132	85%
Pediatría General	1,188	508	43%	918	523	57%	1,134	865	76%	3,240	1,896	59%
Psiquiatría	429	399	93%	332	307	92%	410	369	90%	1,171	1,075	92%
Reumatología	231	164	71%	179	159	89%	221	115	52%	631	438	69%
Sub Especialidades de Cirugía Ped.	3,808	4,182	110%	2,943	3,557	121%	3,635	4,091	113%	10,386	11,830	114%
Anestesiología / Algo logia	106	102	96%	82	93	113%	101	110	109%	289	305	106%
Cirugía Cardiovascular	40	25	63%	31	26	84%	38	20	53%	109	71	65%

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Cirugía General	528	654	124%	408	577	141%	504	557	111%	1,440	1,788	124%
Cirugía Maxilofacial	119	115	97%	92	97	105%	113	103	91%	324	315	97%
Cirugía Neonatal	79	44	56%	61	32	52%	76	28	37%	216	104	48%
Cirugía Oncológica	26	32	123%	20	25	125%	25	26	104%	71	83	117%
Cirugía Plástica	317	259	82%	245	244	100%	302	295	98%	864	798	92%
Neurocirugía	317	248	78%	245	183	75%	302	231	76%	864	662	77%
Oftalmología	686	1,016	148%	530	843	159%	655	1,055	161%	1,871	2,914	156%
Ortopedia	587	834	142%	454	725	160%	561	864	154%	1,602	2,423	151%
Otorrinolaringología	607	500	82%	469	443	94%	580	489	84%	1,656	1,432	86%
Urología	396	353	89%	306	269	88%	378	313	83%	1,080	935	87%
Sub Total Consulta Médica	11,582	10,389	90%	8,935	8,930	100%	11,037	10,446	95%	31,554	29,765	94%
Atención Odontológica	1,042	621	60%	806	404	50%	996	449	45%	2,844	1,474	52%
Odontológica de primera vez	521	172	33%	403	89	22%	498	123	29%	1,422	384	27%
Odontológica subsecuente	521	449	86%	403	315	78%	498	326	82%	1,422	1,090	77%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	2,281	3,035	133%	2,166	1,610	74%	2,258	2,497	111%	6,705	6,832	102%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	332	239	72%	332	207	62%	332	260	78%	996	706	71%
Nutrición	66	262	397%	51	221	433%	63	223	354%	180	706	392%
Psicología	440	606	138%	340	482	142%	420	563	134%	1,200	1,651	138%
Optometría		105			94			111				
Clínica de Ulceras	1,443	1,823	126%	1,443	606	42%	1,443	1,340	0%	4,329	3,769	87%
Total Consulta Externa	14,905	14,045	94%	11,907	10,944	92%	14,291	13,392	94%	41,103	38,071	93%
Emergencias	2,153	2,284	106%	2,023	2,030	100%	1,990	1,988	100%	6,166	6,302	102%
Cirugía General	1,118	1,056	94%	1,068	1,058	99%	997	980	98%	3,183	3,094	97%
Pediatría Gral.	1,035	1,228	119%	955	972	102%	993	1,008	102%	2,983	3,208	108%

NOTAS:

1/ Considerando las medidas de seguridad y distanciamiento social por la Pandemia de Covid-19, la programación de consulta se estableció considerando el estándar de atención de 3 pacientes por hora.

2/ A fin de realizar la atención adecuadamente considerando la Pandemia Covid-19, continua funcionando el Triage de Consulta Externa, pero esa producción no se incluye en este informe.

3/ Las especialidades y área de atención que no presentan metas o producción es porque no se ha procesado la información conforme a los requerimientos definidos para su contabilización.

4/ 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 del año 2020, en este trimestre se han realizado 474 consultas. 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	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Sub Especialidades de Medicina Pediátrica	411	469	114%	411	412	100%	396	430	109%	1218	1311	108%
Hematología Pediátrica	72	57	79%	72	45	63%	69	45	65%	213	147	69%
Infectología Pediátrica	105	160	152%	105	144	137%	102	147	144%	312	451	145%
Medicina Interna Pediátrica	45	71	158%	45	48	107%	43	65	151%	133	184	138%
Nefrología Pediátrica	21	28	133%	21	24	114%	20	28	140%	62	80	129%
Neonatología	43	57	133%	43	62	144%	41	60	146%	127	179	141%
Oncología Pediátrica	125	96	77%	125	89	71%	121	85	70%	371	270	73%
Sub Especialidades de Cirugía Pediátrica	469	447	95%	464	423	91%	452	392	87%	1385	1262	91%
Cirugía Pediátrica	145	180	124%	140	171	122%	140	153	109%	425	504	119%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	63	50	79%	63	66	105%	61	68	111%	187	184	98%
Neurocirugía Pediátrica	92	75	82%	92	56	61%	89	41	46%	273	172	63%
Oftalmología Pediátrica	29	23	79%	29	16	55%	28	29	104%	86	68	79%
Otorrinolaringología Pediátrica	37	26	70%	37	24	65%	35	22	63%	109	72	66%
Ortopedia / Traumatología	103	93	90%	103	90	87%	99	79	80%	305	262	86%
Otros Egresos	45	52	116%	95	46	48%	95	55	58%	235	153	65%
Servicios por Contrato	45	52	116%	95	46	48%	95	55	58%	235	153	65%
Total Egresos Hospitalarios	925	968	105%	970	881	91%	943	877	93%	2,838	2,726	96%

NOTAS:

1/ Para dar respuesta a la Pandemia Covid se habilitaron 24 camas para Hospitalización de Covid y dado que es el servicio no está aperturado en los Sistemas ministeriales, la producción se suma al Servicio de Infectología.

2/ Las camas hospitalarias para cirugía se redujeron para dar espacio a la apertura de la atención para la Pandemia Covid-19

3/ Considerando las medidas de seguridad y distanciamiento social por la Pandemia de Covid, la metas de Egresos se establecieron bajo la premisa de que la ocupación esperada sería del 80%.

Fuente de Datos

* Programación: Ingreso de datos (SPME). * Producción: Egresos Hospitalarios (SIMMOW).

Producción y cumplimiento de Cirugía Mayor

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Cirugía Mayor												
Electivas para Hospitalización	154	287	186%	119	197	166%	147	208	141%	420	692	165%
Electivas Ambulatorias	132	130	98%	102	79	77%	126	103	82%	360	312	87%
De Emergencia para Hospitalización	310	213	69%	310	260	84%	304	203	67%	924	676	73%
De Emergencia Ambulatoria	164	6	4%	164	6	4%	159	13	8%	487	25	5%
Total	760	636	84%	695	542	78%	736	527	72%	2,191	1,705	78%

NOTAS:

1/ Las Metas de Producción se establecieron por paciente considerando la disminución de Quirófano ubicado en el área para la atención de Covid-19 y la disminución de camas de Cirugía, producto de la ocupación de espacios para la atención de Covid

2/ A fin de dar respuesta a la atención de cirugía e impactar en el tiempo de espera afectado por la Pandemia Covid, se han establecido estrategias que han permitido, a pesar de la reducción de horas quirófano disponible, hacerlos más eficiente y producir más de lo programado.

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	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Medicina Crítica												
Unidad de Emergencia												
Admisiones	781	1,513	194%	781	1,381	177%	756	1,382	183%	2,318	4,276	184%
Transferencias	506	554	109%	501	542	108%	519	529	102%	1,526	1,625	106%
Unidad de Máxima Urgencia												
Admisiones	70	108	154%	70	87	124%	68	96	141%	208	291	140%
Transferencias	70	92	131%	70	77	110%	68	76	112%	208	245	118%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios												
Admisiones	112	173	154%	111	146	132%	111	193	174%	334	512	153%
Transferencias	113	167	148%	113	149	132%	111	151	136%	337	467	139%

NOTAS:

1/ En Unidad de Cuidados Intensivos se incluyen las metas y producción de UCI, UCI Cavad, UCIN y UCIQ

2/ Las Metas de las UCIs se establecieron considerando una ocupación del 80% debido a la reducción de personal y los efectos de la Pandemia Covid,

3/ Las Metas de Emergencia observación y Máxima Urgencia, son valores de referencia históricos.

Fuente de Datos

* Producción: Medicina Crítica (SEPS2).

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

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre												
Hematología	15,193	18,298	120%	15,193	16,002	105%	14,703	15,969	109%	45,089	50,269	111%
Consulta Externa	4,372	5,758	132%	4,372	4,874	111%	4,231	5,663	134%	12,975	16,295	126%
Hospitalización	5,592	7,423	133%	5,592	6,907	124%	5,412	6,225	115%	16,596	20,555	124%
Emergencia	2,438	2,175	89%	2,438	2,137	88%	2,359	2,215	94%	7,235	6,527	90%
Referido / Otros	2,791	2,942	105%	2,791	2,084	75%	2,701	1,866	69%	8,283	6,892	83%
Inmunología	4,212	7,237	172%	4,212	7,611	181%	4,076	9,933	244%	12,500	24,781	198%
Consulta Externa	797	964	121%	797	1,139	143%	771	1,644	213%	2,365	3,747	158%
Hospitalización	586	1,240	212%	586	979	167%	567	1,229	217%	1,739	3,448	198%
Emergencia	250	629	252%	250	409	164%	242	646	267%	742	1,684	227%
Referido / Otros	2,579	4,404	171%	2,579	5,084	197%	2,496	6,414	257%	7,654	15,902	208%
Bacteriología	3,901	5,115	131%	3,901	4,436	114%	3,776	4,967	132%	11,578	14,518	125%
Consulta Externa	324	291	90%	324	266	82%	314	313	100%	962	870	90%
Hospitalización	2,382	3,261	137%	2,382	2,731	115%	2,305	2,945	128%	7,069	8,937	126%
Emergencia	1,195	1,563	131%	1,195	1,439	120%	1,157	1,709	148%	3,547	4,711	133%
Parasitología	349	332	95%	349	248	71%	337	218	65%	1,035	798	77%
Consulta Externa	22	21	95%	22	20	91%	21	18	86%	65	59	91%
Hospitalización	197	194	98%	197	142	72%	190	137	72%	584	473	81%
Emergencia	130	117	90%	130	86	66%	126	63	50%	386	266	69%
Bioquímica	36,334	44,551	123%	36,334	41,407	114%	35,162	40,960	116%	107,830	126,918	118%
Consulta Externa	6,937	4,780	69%	6,937	4,528	65%	6,713	5,304	79%	20,587	14,612	71%
Hospitalización	20,644	23,266	113%	20,644	22,010	107%	19,978	20,719	104%	61,266	65,995	108%
Emergencia	5,093	5,701	112%	5,093	5,498	108%	4,929	4,914	100%	15,115	16,113	107%
Referido / Otros	3,660	10,804	295%	3,660	9,371	256%	3,542	10,023	283%	10,862	30,198	278%

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Urianálisis	1,701	1,927	113%	1,701	1,727	102%	1,645	1,758	107%	5,047	5,412	107%
Consulta Externa	651	527	81%	651	507	78%	630	570	90%	1,932	1,604	83%
Hospitalización	541	821	152%	541	641	118%	523	707	135%	1,605	2,169	135%
Emergencia	503	479	95%	503	479	95%	486	321	66%	1,492	1,279	86%
Referido / Otros	6	100	1667%	6	100	1667%	6	160	2667%	18	360	2000%
Banco de Sangre	11,605	10,180	88%	11,605	13,846	119%	11,231	10,885	97%	34,441	34,911	101%
Consulta Externa	4,228	157	4%	4,228	3,654	86%	4,092	3,365	82%	12,548	7,176	57%
Hospitalización	6,088	8,752	144%	6,088	8,532	140%	5,892	5,983	102%	18,068	23,267	129%
Emergencia	946	785	83%	946	1,172	124%	915	1,106	121%	2,807	3,063	109%
Referido / Otros	343	486	142%	343	488	142%	332	431	130%	1,018	1,405	138%

Fuente de Datos

Producción de Medicina Crítica (SEPS2)

Producción y cumplimiento de Metas en Servicios de Tratamiento y Apoyo

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Diagnostico												
Imagenología												
Fluoroscopias	39	37	95%	39	44	113%	39	97	249%	117	178	152%
Radiografías	3,924	4,388	112%	3,924	3,972	101%	3,797	4,220	111%	11,645	12,580	108%
Ultrasonografías	479	833	174%	479	663	138%	464	762	164%	1,422	2,258	159%
Tomografía Axial Computarizada	308	437	142%	308	344	112%	298	293	98%	914	1,074	118%
Resonancias Magnéticas	69	89	129%	69	96	139%	66	90	136%	204	275	135%

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Nucleares												
Anatomía Patológica												
Biopsias Otras partes del cuerpo	222	255	115%	222	213	96%	215	209	97%	659	677	103%
Otros Procedimientos Diagnósticos												
Ecocardiogramas	109	341	313%	108	271	251%	109	494	453%	326	1,106	339%
Electrocardiogramas	264	199	75%	204	331	162%	252	331	131%	720	861	120%
Electroencefalogramas	429	296	69%	331	226	68%	409	288	70%	1,169	810	69%
Endoscopias	13	12	92%	10	5	50%	13	3	23%	36	20	56%
Tratamiento y Rehabilitación												
Cirugía Menor	310	355	115%	310	369	119%	300	373	124%	920	1,097	119%
Diálisis Peritoneal	340	97	29%	320	125	39%	324	393	121%	984	615	63%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	1,119	1,899	170%	1,119	1,436	128%	1,082	2,071	191%	3,320	5,406	163%
Hemodiálisis	434	252	58%	434	262	60%	420	290	69%	1,288	804	62%
Inhaloterapias	1,725	2,284	132%	1,724	2,035	118%	1,725	3,407	198%	5,174	7,726	149%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	7,671	8,861	116%	7,671	11,803	154%	7,424	12,341	166%	22,766	33,005	145%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	19,475	27,303	140%	19,475	27,337	140%	18,847	27,916	148%	57,797	82,556	143%
Terapias Respiratorias	10,429	27,262	261%	10,429	23,256	223%	10,429	25,292	243%	31,287	75,810	242%
Trabajo Social												
Casos Atendidos	5,487	4,028	73%	4,240	3,596	85%	5,237	3,973	76%	14,964	11,597	77%

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 realicen lo programado y cumplan oportunamente con las fechas de entrega de la información o evidencia del cumplimiento de las actividades bajo su responsabilidad.
3. Que la Pandemia Covid-19, aún sigue afectando el funcionamiento ordinario del Hospital, por lo que el resultado de la Evaluación del 3° trimestre del Plan Operativo Anual Institucional 2021, se ha visto afectado especialmente porque en estos meses se tiene un incremento en la demanda de atención.
4. Que las condiciones de funcionamiento físico del Hospital por la Pandemia de Covid-19, las ausencias de personal, causadas especialmente por enfermedad, sigue afectando la oportunidad de realización del Proceso de Evaluación del PAOI.
5. El Hospital sigue realizando esfuerzos para dar cobertura y atención de calidad conforme a la oferta de servicios, sin embargo los efectos de la epidemia Covid 19, aún son sensibles y visibles y se reflejan en las ausencias de pacientes de algunas especialidades de consulta externa, incremento en las emergencias y ausencias de personal.
6. Que el resultado obtenido en el cumplimiento de la POAI del 3° trimestre fue en los Objetivos estratégicos del 50% y de los Resultados Esperados 55%. En lo que respecta a la programación operativa o metas de producción de servicios finales se obtuvo:
 - a. En consulta Externa desde su re apertura desde el 21 de septiembre de 2020, ha venido incrementado, y aunque se evidencia que no se tiene una demanda normal, y existe ausencia de pacientes, la producción se ha incrementado en relación al trimestre anterior, obteniéndose para el 3° trimestre los resultados siguientes:
 - En la Consulta Externa de Especialidades se obtuvo un cumplimiento del 94%, lo cual significa que el aumento en el tercer trimestre fue de 10%.
 - La consulta de especialidad médico quirúrgica tuvo un cumplimiento de la meta del 114%, lo cual significa que se tuvo un incremento del 12 % en relación al 2° Trimestre

- En las Especialidades de medicina el incremento en el cumplimiento de la Meta fue de 85%, lo cual significa que se tuvo un aumento del 10% en relación al 2° trimestre
 - En relación a la especialidades odontológicas se tuvo un cumplimiento del 52% lo cual implica una disminución del 3% en relación al 2° trimestre
 - En las atenciones a Bienestar magisterial, el cumplimiento fue del 71%, lo cual implica una disminución del 4% en relación al 2° trimestre.
- b. En Hospitalización el resultado del cumplimiento de Metas fue del 96%, de los cuales en los servicios de Medicina se obtuvo un cumplimiento de lo programado en un 108%, y en los servicios de Cirugía de 91% y un 65% en Bienestar Magisterial. Estos resultados muestra una disminución del 21% en el cumplimiento de la Metas en relación al 2° trimestre, sin embargo es importante destacar que se tuvo un aumento de la producción de egreso en un 3%, pero dado a que las metas estimadas para el trimestre son mayores el cumplimiento es menor, aunque se haya realizado una producción mayor.

Es importante destacar que para dar cumplimiento a la demanda de hospitalización se requieren de un gran esfuerzo, ya que las condiciones físicas son limitadas, especialmente por los requerimientos para la atención de Pandemia Covid-19 que ha obligado al Hospital a realizar una estimación de metas considerando la disminución de Camas, y manteniendo la oferta de servicios de Hospitalización las 24 horas del día; esto obliga a que se tenga que hacer las coordinaciones internas y externas a fin de lograr la optimización del uso de camas, independientemente de la especialidad, provocando que se generen una alta rotación de la cama, por el incremento de traslados de pacientes.

- 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 102%, lo cual representa en relación al 2° Trimestre una disminución del 9%.
 - d. En las Unidades de Cuidados Intensivos la demanda permanente y creciente se evidencia en el cumplimiento de las metas la cual tiene una cobertura del 141%
 - e. En relación al cumplimiento de Meta de la actividad quirúrgica, el cumplimiento en este trimestre muestra un incremento del cumplimiento de cirugías electivas.
7. Que el seguimiento de las actividades programadas en el 3° trimestre del POAI 2021, no se realizó con la oportunidad esperada, entre otras razones porque se ha priorizado la atención a la demanda de actividades emergentes suscitadas por los cambios de la Pandemia de Covid-19, la ausencia de personal por diferentes motivos y las nuevas estrategias de gestión de las autoridades del Hospital.

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 y análisis de los resultados obtenidos, para poder establecer o reajustar las metas, así como para el establecimiento de 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.
4. Procurar que toda la información estratégica sea revisada y discutida en las reuniones de Consejo Estratégico, Sala Situacional y Reuniones de Entrega de Turno y que los acuerdos no discrecionales sean transmitidas por las Jefaturas correspondientes a sus colaboradores, a fin de generar una cultura de involucramiento y compromiso en el logro de metas y objetivos y además porque es importante que todos los trabajadores conozcan los planes de mejora y los logros alcanzados.
5. Enviar de manera oportuna los informes requeridos para realización del monitoreo y evaluación de la gestión institucional, a fin de fortalecer el proceso de toma de decisiones y de generación de información oficial.
6. Reforzar los procesos de supervisión, monitoreo y seguimiento en las diferentes disciplinas médicas, a fin de mejorar la calidad de atención y la identificación oportuna de factores de riesgo para la intervención en pro de la seguridad del paciente y el logro de los objetivos institucionales.



Dr. Ángel Ernesto Alvarado
Director