



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dirección

PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2021
INFORME DE EVALUACION
CUARTO TRIMESTRE

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director del HNNBB

14 de febrero de 2022

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 Rodríguez
Director

Dr. Werner H. Rosales
Sub Director

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 4° 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 ha sido Dirigido por la Dirección del Hospital a través de la Sub Dirección 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 4° trimestre el funcionamiento del hospital sigue siendo afectado por la Pandemia Covid 19, no se cuenta con una 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 por vía telefónica y mensajes de Wasap y correo, que aunque no es lo ideal ha permitido avanzar y contar con el informe de este 4° 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 4° 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 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 2021

RESULTADOS DE LA EVALUACION CUARTO TRIMESTRE

PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES De octubre a diciembre de 2021

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil					69%				
1.1	Resultado Esperado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional					69%				
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%	74%	93%	Informe de Mortalidad en Unidad de Epidemiología Estadística e Información en Salud, Informe de Auditoría, División Médica y Quirúrgica, Indicador en Unidad de Planificación	
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%	58%	83%	Comité de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria y Unidad de Planificación	

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4° 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	El informe muestra los resultados del 2021. La mortalidad de Diabetes, Epilepsia, Hemofilia y Obesidad es cero, la Mortalidad de Insuficiencia Renal fue de 7 y de Tumores Cancerígenos fueron 51.
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	0	0%	División Médica y Quirúrgica	El trasplante no se pudo realizar por la condición de salud que presentó el paciente en la fecha de programación de la Cirugía
2	Objetivo: mejorar el Desempeño Hospitalario					89%				
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	85%	100%	118%	Sistemas de Información: Producción SIMONS, SEPS y SPME Monitoreo del Cumplimiento de Metas	El resultado es mayor de lo esperado porque la demanda ha crecido y 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	Jefes de Servicios de Hospitalización	85%	90%	106%	Sistemas de Información: Producción SIMONS, SEPS y SPME Monitoreo del Cumplimiento de Metas	El resultado obtenido es mayor porque la demanda ha crecido y las Metas se establecieron considerando una reducción y ocupación menor de camas por la

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
				y SMPE					afectación de la Pandemia de Covid-19	
2.2	Resultado esperado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial					67%				
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%	18%	180%	Departamento de Consulta Externa Médica y Quirúrgica	El resultado obtenido es en comparación al 4° trimestre del 2019, en donde el tiempo de espera fue de 77 días y en el 2021 en el mismo trimestre los días de espera son 63.
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	15	100%	Departamentos de Consultas Externa Quirúrgica y Centro Quirúrgico.	Esta actividad se modificó desde el 2° trimestre, considerando como indicador el estándar definido por el MINSAL, y en este trimestre se obtuvo tiempo de espera promedio de 18 días.
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	0	0%	Dirección, División Médica y Planificación	No se pudo realizar la actividad por atender otras actividades emergentes
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

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
			Informe de Monitoreo del Cumplimiento del Plan	Informe de Resultados Obtenidos	Jefe de División Quirúrgica				División Quirúrgica	Se eliminó en el 3° trimestre
2.3	Resultado esperado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios					100%				
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 fue presentado sin los resultados de Índice de Uso de Farmacia
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	1	100%	División Administrativa	De acuerdo al reporte se han dado 0.87 raciones alimentación por egreso y 6.19 por D.C.O. También 21.48 fórmulas por egreso y 6.08 pro D.C.O. y se han lavado 43 libras de ropa por egreso y 6.08 por D.C.O.
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%	99%	110%	Departamento de Suministro y Abastecimiento	El monitoreo es realizado semanalmente

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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	No se pudo cumplir como fue programada. Al socializar e implementar el Plan se detectó que debía reformularse, por lo que se solicitó que esta actividad no se evalúe y se incluya en el PAOI 2022
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	10%	0%	0%	UDECAP y UOC	No se contó con evidencia documental para evaluar la actividad
		20%	% de Procesos documentados por dependencias	Inventario de Procesos documentados	Jefaturas con el Apoyo de UOC	20%	0	0%	Dependencias y UOC	No se contó con evidencia documental para evaluar la actividad

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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	50%	0	0%	División Médica y Quirúrgica	No se contó con evidencia documental para evaluar la actividad
4	Objetivo: Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad					61%				
4.1	Resultado esperado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad					61%				
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	1	100%	UOC	Los resultados del Informe muestran un 94% de satisfacción de las encuestas realizadas por la División de Enfermería en los diferentes servicios Hospitalarios
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%	63%	84%	Sistema ETAC del Ministerio de Salud y UOC	
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, se definió que se tendría que reprogramar y realizarse conforme a las indicaciones de la UOC del MINSAL.

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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				Pediatría Social y UOC	Esta actividad fue evaluada en el 1° Trimestre
		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 contó con evidencia documental para evaluar la actividad
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional					69%				
5.1	Resultado esperado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias					69%				
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

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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%	80%	80%	Epidemiología	Se programaron 5 Salas y se realizaron 4
		100%	% de cumplimiento de acuerdos establecidos en la Sala Situacional	Informe de acuerdos cumplidos	Jefaturas designadas en los acuerdos	100%	67%	67%	Epidemiología	En las salas realizadas se establecieron 3 acuerdos, y se cumplieron 2.
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%	Sistema PERC-OPS y Dirección	No se cuenta con Evidencia Documental, porque no se ha introducido en Sistema PERC las información relacionada con RRHH
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					89%				
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					77%				
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	50%	27%	55%	Auditoría Interna y Dependencias	El informe indica que se han realizado las acciones de control, y el resultado obtenido es la reducción de 5 riesgos en relación a 22 riesgos identificados.

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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	1	100%	OUC	El informe indica que se realizó el Simulacro de Emergencia en la Consulta Externa el 14-10-2021, con la participación aproximada de 250 personas, entre empleados, pacientes y padres de pacientes, las diferentes brigadas de primeros auxilios, evacuación y prevención y control de incendios y los comités de Seguridad y Salud Ocupacional torre y anexo; así como del Comité para Desastres, Emergencias y Contingencias y las autoridades del hospital en la Comisión Evaluadora
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	4	N° Informes	Informes de resultados y Estándar de Calidad N° 24 actualizado	Inspector de Saneamiento	1	1	100%	Saneamiento Ambiental	En el trimestre se realizaron 10 tomas de muestra de agua, 180 lecturas de cloro y se ingresó al ETAB la información del estándar 24
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%	30%	100%	Comité de Gestión Ambiental-UOC	Se capacitó en el trimestre a 157 participantes del 100% de las dependencias programadas

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
		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	Se reciclo papel y cartón, 1,114.03 libras obteniendo un ingreso de \$2,017.80
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	Se realizaron 6 recorridos de inspección y 3 supervisiones y se actualizo en el ETAB la información para el estándar 23
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano					50%				
7.1	Resultado esperado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano					50%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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				Departamento de Recursos Humanos	Fue evaluado en el 3° Trimestre
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	100%	0%	0%	Departamento de Recursos Humanos	No se realizó
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%	131%	164%	Departamento de Capacitación	El resultado está arriba de lo programado porque se reportó en el trimestre algunos eventos no reportados en el trimestre anterior
8	Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información					72%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	4° Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
8.1	Resultado esperado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa					72%				
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%	43%	43%	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	20%	23%	115%	Epidemiología y UOC	El indicador utilizado para la Evaluación fue el de oportunidad comparando los resultados de cada trimestre 2021 con el resultado promedio del 2020
Porcentaje de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos						62%				
Porcentaje de Cumplimiento de los Resultados Esperados						70%				

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 octubre a diciembre 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	Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional	69%	El cumplimiento esperado se vio afectado para la actividad 1.1.4, relacionada con la realización del Trasplante Renal, el cual por motivos externos al Hospital no se pudo realizar	Realizar el seguimiento y monitoreo de los pacientes	2022	División Médica y de Enfermería
2 2.1	Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción	100%	El resultado es aceptable			
3 2.2	Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial	67%	Lo que afecta el logro del resultado fue que no se pudo cumplir con el Plan de Supervisiones por la atención de actividades emergentes relacionadas con el	Reorganizar las funciones para cumplir con lo programado	2022	Dirección y Jefe de División 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	
			manejo de la Pandemia Covid-19				
4	2.3	Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	100%	El resultado es aceptable			
5	3.1	Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional	0%	Se imposibilitó el cumplimiento porque las actividades de este resultado involucran a todo el personal y por la Pandemia se han tenido muchas ausencias y carga laboral extra	Cumplir con los Protocolos y revisión y reorganización de funciones	2022	Unidad Organizativa de la Calidad, con el apoyo de las Jefaturas
6	4.1	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	61%	El resultado se vio afectado porque no se realizó una de las actividades, por cambios en dependencia responsables	Revisión y reorganización de funciones	2022	Unidad Organizativa de la Calidad, con el apoyo de las Jefaturas
7	5.1	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	69%	El logro del resultado se afectó por el incumplimiento de una de las tareas para cumplir con la actividad	Monitoreo y Seguimiento	2022	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
				de actualización del PERC			
8	6.1	Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente	77%	No se contó con la información para poder evaluar completamente la actividad relacionada a la Disminución de riesgos.	Monitoreo y Seguimiento	2022	Jefaturas
9	6.2	Realizar vigilancia de las condiciones ambientales para contribuir a la protección de la salud de la población y cuidado del medio ambiente	100%	El resultado es aceptable			
10	7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	50%	El resultado ha sido afectado por el incumplimiento de una actividad, el departamento responsable está en proceso de reorganización	Monitoreo y Seguimiento	2022	División Administrativa
11	8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa	72%	No se ha podido mejorar el cumplimiento de una de las actividades por carga laboral	Revisión y reorganización de funciones	2022	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
			emergente y ausencias de personal			
Porcentaje de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos				62%		
Porcentaje de Cumplimiento de los Resultados Esperados				70%		

RESULTADOS DE LA PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS
De octubre a diciembre de 2021

Producción y Cumplimiento de Metas en Consulta Ambulatoria

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpla.	Prog.	Realiz.	% Cumpla.	Prog.	Realiz.	% Cumpla.	Prog.	Realiz.	% Cumpla.
Especialidades Básicas de Medicina	7,402	6,879	93%	7,402	6,876	93%	6,084	5,758	95%	20,888	19,513	93%
Alergología / Inmunología	624	390	63%	624	380	61%	505	355	70%	1,753	1,125	64%
Cardiología	588	437	74%	588	431	73%	476	333	70%	1,652	1,201	73%
CENID	221	157	71%	221	166	75%	179	152	85%	621	475	76%
Dermatología	315	355	113%	315	322	102%	340	240	71%	970	917	95%
Endocrinología	693	841	121%	693	891	129%	561	772	138%	1,947	2,504	129%
Fisiatría	147	84	57%	147	90	61%	119	91	76%	413	265	64%
Gastroenterología	378	318	84%	378	355	94%	306	256	84%	1,062	929	87%
Ginecología		47			18			41			106	
Hematología	504	445	88%	504	457	91%	408	426	104%	1,416	1,328	94%
Infectología	25	65	260%	25	71	284%	27	59	219%	77	195	253%
Nefrología	189	310	164%	189	324	171%	153	248	162%	531	882	166%
Neumología	441	347	79%	441	359	81%	357	239	67%	1,239	945	76%
Neurología	630	743	118%	630	559	89%	510	563	110%	1,770	1,865	105%
Oncología	882	722	82%	882	787	89%	714	642	90%	2,478	2,151	87%
Pediatría General	1,134	1,071	94%	1,134	1,134	100%	918	886	97%	3,186	3,091	97%
Psiquiatría	410	357	87%	410	384	94%	332	309	93%	1,152	1,050	91%
Reumatología	221	190	86%	221	148	67%	179	146	82%	621	484	78%
Sub Especialidades de Cirugía	3,635	4,062	112%	3,635	4,200	116%	2,943	3,435	117%	10,213	11,697	115%
Anestesiología / Algología	101	87	86%	101	84	83%	82	70	85%	284	241	85%

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpla.	Prog.	Realiz.	% Cumpla.	Prog.	Realiz.	% Cumpla.	Prog.	Realiz.	% Cumpla.
Cirugía Cardiovascular	38	21	55%	38	16	42%	31	16	52%	107	53	50%
Cirugía General	504	589	117%	504	707	140%	408	683	167%	1,416	1,979	140%
Cirugía Maxilofacial	113	108	96%	113	87	77%	92	69	75%	318	264	83%
Cirugía Neonatal	76	34	45%	76	41	54%	61	31	51%	213	106	50%
Cirugía Oncológica	25	32	128%	25	35	140%	20	30	150%	70	97	139%
Cirugía Plástica	302	312	103%	302	304	101%	245	226	92%	849	842	99%
Neurocirugía	302	230	76%	302	248	82%	245	201	82%	849	679	80%
Oftalmología	655	1,015	155%	655	1,047	160%	530	829	156%	1,840	2,891	157%
Ortopedia	561	845	151%	561	795	142%	454	606	133%	1,576	2,246	143%
Otorrinolaringología	580	502	87%	580	515	89%	469	414	88%	1,629	1,431	88%
Urología	378	287	76%	378	321	85%	306	260	85%	1,062	868	82%
Sub Total Consultas Médicas	11,037	10,941	99%	11,037	11,076	100%	9,027	9,193	102%	31,101	31,210	100%
Consulta Externa Odontológica	996	490	49%	996	488	49%	806	423	52%	2,798	1,401	50%
Odontológica de primera vez	498	121	24%	498	128	26%	403	88	24%	1,399	337	24%
Odontológica subsecuente	498	369	74%	498	360	72%	403	335	98%	1,399	1,064	76%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	2,258	1,760	78%	2,258	1,992	88%	2,185	2,807	128%	6,701	6,559	98%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	332	217	65%	332	273	82%	343	264	77%	1,007	754	75%
Nutrición	63	255	405%	63	180	286%	51	211	414%	177	646	365%
Psicología	420	428	102%	420	582	139%	340	441	130%	1,180	1,451	123%
Clínica de Ulceras	1,443	735	51%	1,443	859	60%	1,451	1,801	124%	4,337	3,395	78%
Optometría		125			98			90			313	
Total Consulta Externas	14,291	13,191	92%	14,291	13,556	95%	12,018	12,423	103%	40,600	39,170	96%
Emergencias	1,925	1,980	103%	1,867	1,763	94%	1,810	1,877	104%	5,602	5,620	100%
Cirugía General	1,000	1,042	104%	907	982	108%	900	1,043	116%	2,807	3,067	109%

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpla.	Prog.	Realiz.	% Cumpla.	Prog.	Realiz.	% Cumpla.	Prog.	Realiz.	% Cumpla.
Pediatría Gral.	925	938	101%	960	781	81%	910	834	92%	2,795	2,553	91%
Pediatría		660			624			685			1,969	
Covid		278			157			149			584	
TOTAL CONSULTA AMBULATORIA	2,925	3,022	103%	2,774	2,745	99%	2,710	2,920	108%	8,409	8,687	103%

NOTAS:

1/ Considerando las medidas de seguridad y distanciamiento social por la Pandemia de Covid, 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 Emergencia Pediatría para Covid (gripario), desde el 2° trimestre del año 2020.

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.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.
Sub Especialidades de Cirugía	468	384	82%	452	402	89%	464	433	93%	1,384	1,219	88%
Cirugía Pediátrica	144	145	101%	140	141	101%	140	148	106%	424	434	102%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	63	60	95%	61	63	103%	63	77	122%	187	200	107%
Neurocirugía Pediátrica	92	61	66%	89	69	78%	92	67	73%	273	197	72%
Oftalmología Pediátrica	29	15	52%	28	25	89%	29	24	83%	86	64	74%
Otorrinolaringología Pediátrica	37	17	46%	35	12	34%	37	17	46%	109	46	42%
Ortopedia / Traumatología	103	86	83%	99	92	93%	103	100	97%	305	278	91%
Sub Especialidades de Medicina	411	439	107%	396	417	105%	410	403	98%	1,217	1,259	103%
Hematología Pediátrica	72	41	57%	69	49	71%	71	40	56%	212	130	61%
Infectología Pediátrica	105	160	152%	102	125	123%	105	110	105%	312	395	127%
Medicina Interna Pediátrica	45	58	129%	43	74	172%	45	61	136%	133	193	145%
Nefrología Pediátrica	21	19	90%	20	22	110%	21	29	138%	62	70	113%
Neonatología	43	61	142%	41	53	129%	43	56	130%	127	170	134%
Oncología Pediátrica	125	100	80%	121	94	78%	125	107	86%	371	301	81%
Otros Egresos	92	36	39%	95	33	35%	92	54	59%	279	123	44%
Servicios por Contrato	92	36	39%	95	33	35%	92	54	59%	279	123	44%
Total de Egresos	971	859	88%	943	852	90%	966	890	92%	2,880	2,601	90%

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	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.
Cirugía Mayor	747	587	79%	732	474	65%	695	405	58%	2,174	1,466	67%
Electivas para Hospitalización	147	211	144%	147	197	134%	119	155	130%	413	563	136%
Electivas Ambulatorias	126	100	79%	126	96	76%	102	58	57%	354	254	72%
De Emergencia para Hospitalización	310	268	86%	300	174	58%	310	183	59%	920	625	68%
De Emergencia Ambulatoria	164	8	5%	159	7	4%	164	9	5%	487	24	5%

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 quirófono 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	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.
Unidad de Emergencia												
Admisiones	781	1,293	166%	756	1,113	147%	781	1,189	152%	2,318	3,595	155%
Transferencias	449	529	118%	497	489	98%	465	512	110%	1,411	1,530	108%
Unidad de Máxima Urgencia												
Admisiones	70	109	156%	68	80	118%	70	73	104%	208	262	126%
Transferencias	70	99	141%	68	76	112%	70	67	96%	208	242	116%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios												
Admisiones	115	169	147%	116	78	67%	104	79	76%	335	326	97%
Transferencias	113	169	150%	111	156	141%	113	140	124%	337	465	138%

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	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.
Laboratorio Clínico	61,690	74,530	121%	59,699	71,489	120%	61,698	68,079	110%	183,087	214,098	117%
Hematología	15,193	15,949	105%	14,703	17,122	116%	15,193	15,417	101%	45,089	48,488	108%
Consulta Externa	4,372	5,156	118%	4,231	5,981	141%	4,372	4,031	92%	12,975	15,168	117%
Hospitalización	5,592	6,598	118%	5,412	6,871	127%	5,592	6,538	117%	16,596	20,007	121%
Emergencia	2,438	1,834	75%	2,359	2,440	103%	2,438	2,068	85%	7,235	6,342	88%
Referido / Otros	2,791	2,361	85%	2,701	1,830	68%	2,791	2,780	100%	8,283	6,971	84%
Inmunología	4,212	9,504	226%	4,076	8,690	213%	4,212	8,116	193%	12,500	26,310	210%
Consulta Externa	797	1,583	199%	771	1,771	230%	797	1,275	160%	2,365	4,629	196%
Hospitalización	586	1,417	242%	567	1,057	186%	586	1,341	229%	1,739	3,815	219%
Emergencia	250	496	198%	242	527	218%	250	582	233%	742	1,605	216%
Referido / Otros	2,579	6,008	233%	2,496	5,335	214%	2,579	4,918	191%	7,654	16,261	212%
Bacteriología	3,901	5,337	137%	3,776	4,334	115%	3,901	4,552	117%	11,578	14,223	123%
Consulta Externa	324	334	103%	314	299	95%	324	223	69%	962	856	89%
Hospitalización	2,382	2,964	124%	2,305	2,454	106%	2,382	2,900	122%	7,069	8,318	118%
Emergencia	1,195	2,039	171%	1,157	1,581	137%	1,195	1,429	120%	3,547	5,049	142%
Parasitología	349	231	66%	337	268	80%	349	273	78%	1,035	772	75%
Consulta Externa	22	33	150%	21	44	210%	22	17	77%	65	94	145%
Hospitalización	197	130	66%	190	133	70%	197	169	86%	584	432	74%
Emergencia	130	68	52%	126	91	72%	130	87	67%	386	246	64%
Bioquímica	36,334	41,858	115%	35,162	39,202	111%	36,334	38,181	105%	107,830	119,241	111%
Consulta Externa	6,937	5,321	77%	6,713	6,128	91%	6,937	4,453	64%	20,587	15,902	77%
Hospitalización	20,644	21,393	104%	19,978	20,567	103%	20,644	20,471	99%	61,266	62,431	102%
Emergencia	5,093	5,316	104%	4,929	4,998	101%	5,093	5,314	104%	15,115	15,628	103%
Referido / Otros	3,660	9,828	269%	3,542	7,509	212%	3,660	7,943	217%	10,862	25,280	233%

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.	Prog.	Realiz.	%Cumpla.
Urianálisis	1,701	1,651	97%	1,645	1,873	114%	1,709	1,540	90%	5,055	5,064	100%
Consulta Externa	651	568	87%	630	686	109%	651	414	64%	1,932	1,668	86%
Hospitalización	541	683	126%	523	603	115%	541	668	123%	1,605	1,954	122%
Emergencia	503	368	73%	486	444	91%	503	358	71%	1,492	1,170	78%
Referido / Otros	6	32	533%	6	140	2333%	14	100	714%	26	272	1046%
Banco de Sangre	11,605	12,367	107%	11,231	13,457	120%	11,605	10,465	90%	34,441	36,289	105%
Consulta Externa	4,228	3,708	88%	4,092	5,524	135%	4,228	3,745	89%	12,548	12,977	103%
Hospitalización	6,088	7,760	127%	5,892	6,762	115%	6,088	4,580	75%	18,068	19,102	106%
Emergencia	946	440	47%	915	743	81%	946	1,785	189%	2,807	2,968	106%
Referido / Otros	343	459	134%	332	428	129%	343	355	103%	1,018	1,242	122%

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.	% Cumpla.	Prog.	Realiz.	% Cumpla.	Prog.	Realiz.	% Cumpla.	Prog.	Realiz.	% Cumpla.
Imagenología												
Fluoroscopias	39	59	151%	39	76	195%	40	57	143%	118	192	163%
Radiografías	3,924	4,172	106%	3,797	4,046	107%	3,924	3,731	95%	11,645	11,949	103%
Ultrasonografías	479	678	142%	464	757	163%	479	610	127%	1,422	2,045	144%
Tomografía Axial Computarizada	308	417	135%	298	421	141%	308	366	119%	914	1,204	132%
Resonancias Magnéticas Nucleares	69	111	161%	66	120	182%	69	88	128%	204	319	156%
Anatomía Patológica												
Biopsias Otras partes del cuerpo	222	221	100%	215	219	102%	222	210	95%	659	650	99%

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz	% Cumpla.	Prog.	Realiz.	% Cumpla.	Prog.	Realiz	% Cumpla.	Prog.	Realiz	% Cumpla.
Otros Procedimientos Diagnósticos												
Ecocardiogramas	109	326	299%	109	525	482%	108	308	285%	326	1,159	356%
Electrocardiogramas	252	355	141%	252	296	117%	204	316	155%	708	967	137%
Electroencefalogramas	409	283	69%	410	247	60%	332	218	66%	1,151	748	65%
Endoscopias	13	3	23%	13	3	23%	10	1	10%	36	7	19%
Tratamiento y Rehabilitación												
Cirugía Menor	310	389	125%	300	366	122%	310	323	104%	920	1,078	117%
Diálisis Peritoneal	340	357	105%	324	49	15%	312	492	158%	976	898	92%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	1,119	1,942	174%	1,082	2,106	195%	1,119	1,707	153%	3,320	5,755	173%
Hemodiálisis	434	406	94%	420	409	97%	434	396	91%	1,288	1,211	94%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	7,671	9,865	129%	7,424			7,671			22,766		
Recetas Dispensadas de Hospitalización	19,475	29,417	151%	18,847			19,475			57,797		
Terapias Respiratorias	10,429	26,670	256%	10,429	21,607	207%	10,437	0	0%	31,295	48,277	154%
Trabajo Social												
Casos Atendidos	5,237	3,999	76%	5,237	4,041	77%	4,240	3,199	75%	14,714	11,239	76%

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 4° trimestre del Plan Operativo Anual Institucional 2021, no ha sido la excepción.
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 62% y de los Resultados Esperados 70%. En lo que respeta 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 4° trimestre los resultados siguientes:
 - En la Consulta Externa de Especialidades se obtuvo un cumplimiento del 100%, lo cual significa que el aumento en relación al tercer trimestre fue de 6%.
 - La consulta de especialidad médico quirúrgica tuvo un cumplimiento de la meta del 115%, lo cual significa que se tuvo un incremento del 1 % en relación al 3° Trimestre
 - En las Especialidades de medicina el incremento en el cumplimiento de la Meta fue de 93%, lo cual significa que se tuvo un aumento del 8% en relación al 3° trimestre

- En relación a la especialidades odontológicas se tuvo un cumplimiento del 52% lo cual implica una disminución del 2% en relación al 3° trimestre
 - En las atenciones a Bienestar magisterial, el cumplimiento fue del 75%, lo cual implica un incremento del 4% en relación al 3° trimestre.
- b. En Hospitalización el resultado del cumplimiento de Metas fue del 90%, de los cuales en los servicios de Medicina se obtuvo un cumplimiento de lo programado en un 88%, y en los servicios de Cirugía de 103% y un 44% en Bienestar Magisterial. Estos resultados muestra una disminución del 6% en el cumplimiento de la Metas en relación al 3° trimestre, lo cual representa un 4% de disminución en la producción dado que en el trimestre por el periodo vacacional se generan menos ingresos.
- 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 para dar respuesta a la atención de la 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 100%, lo cual representa en relación al 3° Trimestre una disminución del 2%.
- d. En las Unidades de Cuidados Intensivos la demanda permanente y creciente, ya que los índices de cumplimiento anda arriba de 100%, en este trimestre se tuvo una disminución del 3% en relación al trimestre anterior, pero el cumplimiento fue del 138%.
- e. En relación al cumplimiento de Meta de la actividad quirúrgica, esta muestra una disminución en relación al trimestre anterior, lo cual es razonable dado el periodo de vacación de diciembre.
7. Que el seguimiento de las actividades programadas en el 4° 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 realización del monitoreo y evaluación de la gestión institucional, y fortalecer el proceso de toma de decisiones y de generación de información oficial y especialmente 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. 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 Rodríguez
Director del HNNBB