



**Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom**  
**Dirección**

**PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2021**  
**INFORME DE EVALUACION**  
**PRIMER TRIMESTRE**

**Dr. Ángel Ernesto Alvarado**  
**Director del HNNBB**

25 de mayo de 2021

**Elaborado por:** Equipo Técnico Unidad de Planificación

## **2021 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. María Ileana 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 1° 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 1° trimestre el funcionamiento del hospital sigue siendo afectado por la Pandemia Cavad 19, ya que el Hospital sigue con instalaciones y recursos habilitados para la atención específica de los pacientes que presentan la enfermedad, lo cual aunque no se esté utilizando, debe disponerse aunque represente para el Hospital, esfuerzos para la atención de otras enfermedades, por la limitación de espacios, reducción de camas y la realización de una readecuación de actividades, así como la distribución del personal por la adaptación de labores requeridas para afrontar los efectos de la Pandemia.

La Pandemia sigue teniendo un impacto en la realización del proceso de Evaluación, especialmente en la oportunidad para contar con la evidencia que permita evaluar cada una de las actividades, así como para la realización de reuniones de Consejo Estratégico, sin embargo, se ha tenido una participación activa y el seguimiento a través de mensajes de

Wasap, que aunque no es lo ideal ha permitido avanzar y contar con el informe; por lo que se considera importante valorar el esfuerzo, el cual ha dado como resultado la calificación obtenida.

## **RESUMEN**

El informe comprende la calificación de los resultados de la Programación de Actividades del 1° Trimestre del PAOI 2021, consideradas como factibles de evaluar considerando 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		<b>Crítico. Requiere una urgente evaluación y plan de intervención</b>
Entre el 51% al 85%	Amarillo		<b>Necesita Mejorar. Requiere evaluación para establecer plan de acción</b>
Entre el 85% y el 100%	Verde		<b>Aceptable. Esta dentro del rangó esperado</b>
Ponderación mayor al 100%	Morado		<b>Relativamente Crítico. Requiere una urgente evaluación y plan de intervención</b>

## 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 PRIMER TRIMESTRE

#### PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES De enero a marzo de 2021

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
<b>1</b>	<b>Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil</b>					<b>86%</b>				
<b>1.1</b>	<b>Resultado Esperado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional</b>					<b>86%</b>				
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,	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%	71%	89%	Informe de Mortalidad en Unidad de Epidemiología Estadística e Información en Salud, Informe de Auditoría, División Médica y Quirúrgica, Indicador en	

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
	Inmaduridad, Asfixia del Nacimiento y sepsis)								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%	49%	70%	Comité de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria y Unidad de Planificación	
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	100%	100%	100%	División Médica	

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
1.1.4	Continuar el Programa Trasplante Renales	4	N° de Trasplantes realizados	Registros Estadísticos de Producción	Depto. de Nefrología con el Apoyo de División Médica y Quirúrgica				División Médica y Quirúrgica	Se reprogramará para el 2° Trimestre
<b>2</b>	<b>Objetivo: mejorar el Desempeño Hospitalario</b>					<b>89%</b>				
<b>2.1</b>	<b>Resultado esperado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción</b>					<b>100%</b>				
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	50%	67%	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 menor número de pacientes por el 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%	111%	131%	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 ocupación menor por el Covid-19
<b>2.2</b>	<b>Resultado esperado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial</b>					<b>67%</b>				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
2.2.1	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Primera Vez de las Especialidades Médicas	10%	Tiempo de Espera en Días	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefe de Depto. de Consulta Externa Médica	10%	0%	0%	Departamento de Consulta Externa Médica y Quirúrgica	No se logró cumplir, el tiempo se incrementó en un 23% en relación al trimestre del 2019, que es el año de referencia porque el 2020 no se puede por la suspensión por la Pandemia Covid-19
2.2.2	Reducir los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva	10%	Tiempo de Espera en Días Hábiles	Informe de Tiempo de Espera	Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Con Ext. Qx, Jefes de Especialidades				Departamento de Cónsulas Externa Quirúrgica	Esta actividad no es posible evaluarla. Por la Pandemia de Covid, posterior a la reapertura de Consulta Ambulatoria, se partió de cero para el establecimiento de los Tiempos de Espera y se implementó en el Sistema del Centro Qx el control. Por decisión del C.E.G. se hará una modificación en la actividad y el indicador de medición y se evaluará en el 2° Trimestre.
2.2.3	Actualizar y Cumplir con el Plan de	1	Plan de Supervisión Actualizado	Documento Aprobado	Coordinador del Equipo de Supervisión	1	1	100%	Dirección, División Médica y Planificación	El Plan de Supervisión fue actualizado en el mes de abril de 2020

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
	Supervisión Institucional	3	Informe de Monitoreo del Cumplimiento del Plan	Informes de Resultados de Supervisiones Realizadas	Equipo de Supervisión Institucional				Dirección, División Médica y Planificación	Su evaluación está programada en el 2° Trimestre
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	1	1	100%	División Quirúrgica	El Plan fue presentado por la División Quirúrgica.
			Informe de Monitoreo del Cumplimiento del Plan	Informe de Resultados Obtenidos	Jefe de División Quirúrgica				División Quirúrgica	Su evaluación está programada en el 3° y 4° Trimestre
<b>2.3</b>	<b>Resultado esperado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios</b>					<b>100%</b>				
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	Se cuenta con el informe que incluye todos los servicios que dependen de la División de Diagnóstico

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. 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				División Administrativa	Su evaluación está programada en el 2° y 4° Trimestre
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	Su evaluación está programada para el 2° 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	Su evaluación está programada en el 3° y 4° Trimestre

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
<b>3</b>	<b>Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional</b>									
<b>3.1</b>	<b>Resultado esperado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional</b>									
3.1.1	Implementación de la Gestión por Proceso	40%	% de dependencias capacitadas en la Gestión por Procesos	Registro de Dependencias Capacitadas	Unidad Organizativa de la Calidad en coordinación con Jefaturas y UDECAP				UDECAP y UOC	Su evaluación está programada para el 2°, 3° y 4° Trimestre
		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					
<b>4</b>	<b>Objetivo: Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad</b>							<b>0%</b>		
<b>4.1</b>	<b>Resultado esperado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad</b>							<b>0%</b>		

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. 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				UOC	Su evaluación está programada para el 3° Trimestre
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				Sistema ETAC del Ministerio de Salud y UOC	Dado que se ha identificado dificultades en la plataforma s de Sistema E-TAB del Ministerio de Salud, el cual afecta el resultado, se decidió no evaluará la actividad en este trimestre.
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 se reprogramará
4.1.4	Actualización y Monitoreo del Plan para la atención integral	1	Plan Actualizado	Documento Aprobado	Depto. de Pediatría Social UOC	1	0	0%	Pediatría Social y UOC	No se cuenta con la Evidencia de cumplimiento

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
	de personas afectadas por violencia en todas sus formas.	85%	% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el plan	Informes de Resultados presentados Mensualmente	Departamento de Pediatría Social				Pediatría Social y UOC	Su evaluación está programada para el 2°, 3° y 4° Trimestre
<b>5</b>	<b>Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional</b>					<b>86%</b>				
<b>5.1</b>	<b>Resultado esperado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias</b>					<b>86%</b>				
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 informe considerado para su Evaluación es el informe del 4° trimestre del 2020
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 son los del último trimestre 2020, dado que la información para la construcción mes a mes no es posible por las fechas de cierre de los sistemas. Además que para la construcción de los indicadores 2021, el Ministerio cambio la plantilla agregando

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
										nuevos y las cual fue recibida en el Hospital el 03 de marzo de 2021.
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%	75%	75%	Epidemiología	Se programaron cuatro y ser realizaron tres
		100%	% de cumplimiento de los 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 tres acuerdos y se cumplieron dos
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	Su evaluación está programada para el 2° y 4° Trimestre

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
6	<b>Objetivo: Realizar acciones que permitan la Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales y que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente</b>					100%				
6.1	<b>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</b>									
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				OUC	Su evaluación está programada para el 3° y 4° Trimestre
6.2	<b>Resultado esperado: Realizar vigilancia de las condiciones ambientales para contribuir a la protección de la salud de la población y cuidado del medio ambiente</b>					100%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. 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	A petición del responsable de la actividad, se modificó la Meta y el indicador. 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
6.2.2	Socialización y Monitoreo del Proyecto de Reciclaje	90%	% de dependencias capacitadas en el Proyecto de Reciclaje	Informe de Capacitaciones realizadas y N° de participantes	Comité de Gestión Ambiental con el apoyo de la UOC y jefaturas				Comité de Gestión Ambiental-UOC	Su evaluación está programada para el 2° Trimestre
		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 reciclaron 415 libras de desechos sólidos y un ingreso de \$44.75

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. 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 bio-infecciosos y actualización del estándar 23	Inspector de Saneamiento con el apoyo de las Jefaturas	1	1	100%	Saneamiento Ambiental	A petición del responsable, se realizó cambio en la Meta e indicadores. El informe indica la realización de 7 recorridos para supervisar los servicios, además de 6 recorridos estándar, 6 jornadas de capacitación, y 147 asistencias
<b>7</b>	<b>Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano</b>					<b>68%</b>				
<b>7.1</b>	<b>Resultado esperado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano</b>					<b>68%</b>				
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	Su evaluación está programada para el 3° Trimestre
7.1.2	Realizar la actualización del Inventario y expediente Laboral de	100%	% de expedientes actualizados	Instrumento diseñado para la actualización del Expediente y expedientes	Departamento de Recursos Humanos con el apoyo de las Jefaturas y	100%	0%	0%	Departamento de Recursos Humanos	No se cuenta con la Evidencia de cumplimiento

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz	%		
	Recursos Humanos			actualizados	empleados del Hospital					
7.1.3	Elaborará 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	1	1	100%	Departamento de Capacitación	El Plan fue presentado en Enero de 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%	82%	103%	Departamento de Capacitación	El resultado es mayor de lo esperado, a pesar de la Pandemia, se están realizando esfuerzos para fortalecer al personal
<b>8</b>	<b>Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información</b>					<b>30%</b>				
<b>8.1</b>	<b>Resultado esperado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa</b>					<b>30%</b>				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. 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%	30%	30%	Estadística	Para el obtener el resultado se ha considerado el promedio de dependencias que entrega oportunamente 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	100%	Plan Elaborado	Documento Aprobado	Equipo de Mejora				Epidemiología y UOC	Su evaluación está programada para el 2° Trimestre
		30%	% de cumplimiento de los Indicadores del Plan	Informes de Mejoras	Equipo de Mejora				Epidemiología y UOC	Su evaluación está programada para el 2° y 4° Trimestre
<b>Porcentaje de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos</b>						<b>65%</b>				
<b>Porcentaje de Cumplimiento de los Resultados Esperados</b>						<b>71%</b>				

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 enero a marzo de 2021**

N° Correlativo		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
Actividad	Resultado Esperado						
1	1.1	Resultado Esperado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional	<b>86%</b>	Dos de las actividades del resultado no se pudo cumplir en el 100%, todavía se tiene efectos de la Pandemia y no se ha podido realizar el funcionamiento normal del Hospital.	Se dará seguimiento en la reunión de entrega de turno	junio de 2021	Jefe de División Médica y Quirúrgica y de Enfermería con el apoyo de Epidemiología y Comité de IASS
2	2.1	Resultado esperado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción	<b>100%</b>	A pesar de que aún no se ha normalizado al 100%, el proceso de atención post pandemia Covid-19, y se ha alcanzado las metas arriba del 100%, se deberá revisar los resultados, considerando que el establecimiento de metas se realizó en función de los cambios en la atención por la Pandemia Covid-19.	Se seguirá evaluando el comportamiento para en función de los recursos disponibles realizar un ajuste de Metas	abril de 2020	Jefes de Servicios de Hospitalización y Consulta Externa, con el apoyo de Jefaturas de División Médica y Quirúrgica

N° Correlativo		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
Actividad	Resultado Esperado						
	2.2	Resultado esperado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial	<b>67%</b>	El resultado ha sido afectado, debido a la actividad de reducción de tiempos de espera no se ha logrado, esto debido a que por la Pandemia Covid-19, aún no se ha normalizado la atención y por la disminución de recursos de algunos especialidades de mayor demanda.	Se deberá promover y revisar la prestación de los servicios de salud haciendo énfasis en la Oferta de Servicios y recursos disponibles y las medidas de control; evaluando la gestión para la implementación de estrategias en beneficio de la población beneficiaria	abril de 2020	Jefes de División Médica y Quirúrgica con el apoyo de Dirección
	2.3	Resultado esperado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	<b>100%</b>	A pesar de que aún no se ha normalizado al 100%, el proceso de atención post pandemia Covid-19, y se ha alcanzado las metas arriba del 100%, se deberá revisar los resultados considerando: 1. Que el establecimiento de metas se realizó en función de los cambios en la atención por la Pandemia Covid-19. 2. Recursos disponibles	Monitoreo y Evaluación de los resultados y el uso de los recursos disponibles	abril de 2020	Jefe de División de División

N° Correlativo		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
Actividad	Resultado Esperado						
3	3.1	Resultado esperado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional	NO EVUADO EN EL PERIODO				
4	4.1	Resultado esperado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	NO EVUADO EN EL PERIODO				
5	5.1	Resultado esperado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	<b>86%</b>	El resultado se ha visto afectado, por la realización de actividades emergentes, que requieren atención	Evaluar estrategias que para mejorar la coordinación y organización del trabajo	abril de 2020	Dirección con el apoyo del C.E.G.
6	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	NO EVUADO EN EL PERIODO				
	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	<b>100%</b>				
7	7.1	Resultado esperado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	<b>68%</b>	El resultado se vio afectado porque no se pudo realizar una actividad relacionada con la gestión del recurso	Se retomara en otro trimestre	4° trimestre	Jefatura de Recursos Humanos

N° Correlativo		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
Actividad	Resultado Esperado						
				humano, debido al surgimiento de actividades emergentes			
8	8.1	Resultado esperado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa	<b>30%</b>	Cultura organizacional	Se establecerá Plan o Acciones de Mejora	2° Trimestre	Jefe de Epidemiología
<b>Porcentaje de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos</b>					<b>65%</b>		
<b>Porcentaje de Cumplimiento de los Resultados Esperados</b>					<b>71%</b>		

**RESULTADOS DE LA PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS**  
De Enero a Marzo de 2021

**Producción y Cumplimiento de Metas en Consulta Ambulatoria**

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Sub especialidades Médicas</b>	<b>7,045</b>	<b>4,278</b>	<b>61%</b>	<b>7,246</b>	<b>4,162</b>	<b>57%</b>	<b>7,045</b>	<b>4,631</b>	<b>66%</b>	<b>21,336</b>	<b>13,071</b>	<b>61%</b>
Alergología / Inmunología	593	239	40%	594	224	38%	594	233	39%	1,781	696	39%
Cardiología	560	271	48%	560	327	58%	560	396	71%	1,680	994	59%
CENID	209	182	87%	209	154	74%	209	163	78%	627	499	80%
Dermatología	300	244	81%	300	205	68%	300	234	78%	900	683	76%
Endocrinología	660	616	93%	660	505	77%	660	629	95%	1,980	1,750	88%
Fisiatría	140	0	0%	140	0	0%	140	0	0%	420	0	0%
Gastroenterología	360	184	51%	360	201	56%	360	206	57%	1,080	591	55%
Hematología	480	317	66%	480	292	61%	480	337	70%	1,440	946	66%
Infectología	25	18	72%	25	18	72%	24	12	50%	74	48	65%
Nefrología	180	206	114%	180	211	117%	180	221	123%	540	638	118%
Neumología	420	223	53%	420	261	62%	420	237	56%	1,260	721	57%
Neurología	600	439	73%	600	398	66%	600	465	78%	1,800	1,302	72%
Oncología	840	748	89%	1,040	685	66%	840	770	92%	2,720	2,203	81%
Pediatría General	1,080	202	19%	1,080	283	26%	1,080	334	31%	3,240	819	25%
Psiquiatría	389	250	64%	389	264	68%	389	254	65%	1,167	768	66%
Reumatología	209	139	67%	209	134	64%	209	140	67%	627	413	66%
<b>Sub Especialidades de Cirugía</b>	<b>3,462</b>	<b>2,585</b>	<b>75%</b>	<b>3,462</b>	<b>2,700</b>	<b>78%</b>	<b>3,462</b>	<b>2,979</b>	<b>86%</b>	<b>10,386</b>	<b>8,264</b>	<b>80%</b>

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Anestesiología / Algorlogía	95	86	91%	95	102	107%	96	96	100%	286	284	99%
Cirugía Cardiovascular	35	12	34%	35	21	60%	36	13	36%	106	46	43%
Cirugía General	480	366	76%	480	389	81%	480	437	91%	1,440	1,192	83%
Cirugía Maxilofacial	109	84	77%	108	86	80%	108	89	82%	325	259	80%
Cirugía Neonatal	71	45	63%	72	52	72%	72	52	72%	215	149	69%
Cirugía Oncológica	25	21	84%	25	13	52%	24	26	108%	74	60	81%
Cirugía Plástica	289	216	75%	288	216	75%	288	280	97%	865	712	82%
Neurocirugía	289	173	60%	288	208	72%	288	225	78%	865	606	70%
Oftalmología	625	566	91%	625	595	95%	624	640	103%	1,874	1,801	96%
Ortopedia	533	482	90%	534	489	92%	534	540	101%	1,601	1,511	94%
Otorrinolaringología	551	292	53%	552	256	46%	552	332	60%	1,655	880	53%
Urología	360	242	67%	360	273	76%	360	249	69%	1,080	764	71%
<b>Total Consulta Externa Médica</b>	<b>10,507</b>	<b>6,863</b>	<b>65%</b>	<b>10,708</b>	<b>6,862</b>	<b>64%</b>	<b>10,507</b>	<b>7,610</b>	<b>72%</b>	<b>31,722</b>	<b>21,335</b>	<b>67%</b>
<b>Consulta Externa Odontológica</b>	<b>946</b>	<b>371</b>	<b>39%</b>	<b>948</b>	<b>357</b>	<b>38%</b>	<b>948</b>	<b>439</b>	<b>46%</b>	<b>2,842</b>	<b>1,426</b>	<b>50%</b>
Odontológica de primera vez	473	112	26%	474	92	23%	474	119	28%	1,421	364	26%
Odontológica subsecuente	473	259	70%	474	265	71%	474	320	84%	1,421	1,062	75%
<b>Otras Atenciones Consulta Externa</b>	<b>792</b>	<b>759</b>	<b>96%</b>	<b>792</b>	<b>964</b>	<b>122%</b>	<b>792</b>	<b>945</b>	<b>119%</b>	<b>2,376</b>	<b>2,668</b>	<b>112%</b>
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	332	166	50%	332	188	57%	332	184	55%	996	538	54%
Nutrición	60	192	320%	60	221	368%	60	189	315%	180	602	334%
Psicología	400	292	73%	400	429	107%	400	450	113%	1,200	1,171	98%
Optometrista		109			126			122		0	357	
<b>Total Consulta Externa</b>	<b>12,245</b>	<b>7,993</b>	<b>65%</b>	<b>12,448</b>	<b>8,183</b>	<b>66%</b>	<b>12,247</b>	<b>8,994</b>	<b>73%</b>	<b>36,940</b>	<b>25,429</b>	<b>69%</b>

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Otras Atenciones Ambulatorias</b>	<b>1,443</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>1,443</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>1,443</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>4,329</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
Clínica de Ulceras	1,443	0	0%	1,443	0	0%	1,443	0	0%	4,329	0	0%
<b>Emergencias</b>	<b>1,864</b>	<b>1,599</b>	<b>86%</b>	<b>1,888</b>	<b>1,652</b>	<b>88%</b>	<b>1,808</b>	<b>1,851</b>	<b>102%</b>	<b>5,560</b>	<b>5,102</b>	<b>92%</b>
Cirugía General	786	925	118%	791	916	116%	762	1,008	132%	2,339	2,849	122%
Pediatría Gral.	1,078	674	63%	1,097	736	67%	1,046	843	81%	3,221	2,253	70%

**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

3/ Las especialidades y área de atención que no presenta 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 anterior, en este trimestre se han realizado 447 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	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Sub Especialidades de Medicina</b>	<b>408</b>	<b>366</b>	<b>90%</b>	<b>369</b>	<b>352</b>	<b>95%</b>	<b>409</b>	<b>399</b>	<b>98%</b>	<b>1186</b>	<b>1,117</b>	<b>94%</b>
Hematología Pediátrica	71	35	49%	65	38	58%	72	36	50%	208	109	52%
Infectología Pediátrica	105	113	108%	95	104	109%	105	117	111%	305	334	110%
Medicina Interna Pediátrica	44	50	114%	39	51	131%	44	64	145%	127	165	130%
Nefrología Pediátrica	21	23	110%	19	24	126%	21	26	124%	61	73	120%
Neonatología	43	41	95%	39	38	97%	43	45	105%	125	124	99%
Oncología Pediátrica	124	104	84%	112	97	87%	124	111	90%	360	312	87%
<b>Sub Especialidades de Cirugía</b>	<b>316</b>	<b>386</b>	<b>122%</b>	<b>290</b>	<b>398</b>	<b>137%</b>	<b>318</b>	<b>458</b>	<b>144%</b>	<b>924</b>	<b>1,242</b>	<b>134%</b>
Cirugía Pediátrica	108	154	143%	99	153	155%	107	181	169%	314	488	155%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	64	59	92%	58	78	134%	64	67	105%	186	204	110%
Ortopedia / Traumatología	47	82	174%	44	86	195%	48	90	188%	139	258	186%
Neurocirugía Pediátrica	48	63	131%	43	52	121%	48	72	150%	139	187	135%
Oftalmología Pediátrica	24	15	63%	23	15	65%	25	25	100%	72	55	76%
Otorrinolaringología Pediátrica	25	13	52%	23	14	61%	26	23	88%	74	50	68%
<b>Otros Egresos</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>87%</b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>102%</b>	<b>45</b>	<b>53</b>	<b>118%</b>	<b>132</b>	<b>135</b>	<b>102%</b>
Servicios por Contrato	46	40	87%	41	42	102%	45	53	118%	132	135	102%
<b>Servicios Finales</b>	<b>770</b>	<b>792</b>	<b>103%</b>	<b>700</b>	<b>792</b>	<b>113%</b>	<b>772</b>	<b>910</b>	<b>118%</b>	<b>2242</b>	<b>2,494</b>	<b>111%</b>

**NOTAS:**

- 1/ Para dar respuesta a la Pandemia Covid se habilitaron 24 camas para Hospitalización solo 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	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Electivas para Hospitalización	140	152	109%	140	200	143%	140	202	144%	420	554	132%
Electivas Ambulatorias	120	59	49%	120	70	58%	120	95	79%	360	224	62%
De Emergencia para Hospitalización	310	286	92%	280	254	91%	310	203	65%	900	743	83%
De Emergencia Ambulatoria	165	5	3%	149	17	11%	165	7	4%	479	29	6%
<b>Total Cirugía Mayor</b>	<b>735</b>	<b>502</b>	<b>100%</b>	<b>689</b>	<b>541</b>	<b>100%</b>	<b>735</b>	<b>507</b>	<b>100%</b>	<b>2159</b>	<b>1,550</b>	<b>100%</b>

### 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	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Medicina Crítica</b>												
<b>Unidad de Emergencia-Observación</b>												
Admisiones	781	1,163	149%	706	1,060	150%	781	1,191	152%	2,268	3,414	151%
Transferencias	606	521	86%	508	491	97%	537	542	101%	1,651	1,554	94%
<b>Unidad de Máxima Urgencia</b>												
Admisiones	69	65	94%	62	62	100%	69	77	112%	200	204	102%
Transferencias	69	55	80%	62	54	87%	69	55	80%	200	164	82%
<b>Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios</b>												
Admisiones	116	140	121%	112	109	97%	112	165	147%	340	414	122%
Transferencias	113	137	121%	103	111	108%	113	138	122%	329	386	117%

**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 Cavad,
- 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	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Laboratorio Clínico	61,686	58,544	95%	55,722	55,705	100%	61,691	63,910	104%	179,099	178,159	99%
Hematología	15,194	14,308	94%	13,724	14,450	105%	15,195	16,910	111%	44,113	45,668	104%
Consulta Externa	4,373	4,744	108%	3,949	4,416	112%	4,373	4,442	102%	12,695	13,602	107%
Hospitalización	5,591	4,757	85%	5,051	5,262	104%	5,592	9,154	164%	16,234	19,173	118%
Emergencia	2,438	2,082	85%	2,202	2,271	103%	2,438	2,310	95%	7,078	6,663	94%
Referido / Otros	2,792	2,725	98%	2,522	2,501	99%	2,792	1,004	36%	8,106	6,230	77%
Inmunología	4,212	4,615	110%	3,806	3,772	99%	4,214	4,067	97%	12,232	12,454	102%
Consulta Externa	798	1,133	142%	721	895	124%	798	939	118%	2,317	2,967	128%
Hospitalización	585	843	144%	529	977	185%	586	1,178	201%	1,700	2,998	176%
Emergencia	251	962	383%	227	370	163%	251	383	153%	729	1,715	235%
Referido / Otros	2,578	1,677	65%	2,329	1,530	66%	2,579	1,567	61%	7,486	4,774	64%
Bacteriología	3,901	4,315	111%	3,525	4,100	116%	3,901	4,496	115%	11,327	12,911	114%
Consulta Externa	323	225	70%	293	215	73%	324	133	41%	940	573	61%
Hospitalización	2,382	2,616	110%	2,152	2,345	109%	2,382	2,046	86%	6,916	7,007	101%
Emergencia	1,196	1,474	123%	1,080	1,540	143%	1,195	2,317	194%	3,471	5,331	154%
Parasitología	349	339	97%	315	275	87%	349	323	93%	1,013	937	92%
Consulta Externa	22	15	68%	20	12	60%	22	13	59%	64	40	63%
Hospitalización	197	174	88%	178	184	103%	197	241	122%	572	599	105%
Emergencia	130	150	115%	117	79	68%	130	69	53%	377	298	79%
Bioquímica	36,330	33,473	92%	32,816	31,650	96%	36,332	36,578	101%	105,478	101,701	96%
Consulta Externa	6,936	3,572	51%	6,266	3,646	58%	6,937	3,817	55%	20,139	11,035	55%
Hospitalización	20,643	16,183	78%	18,645	14,989	80%	20,644	18,736	91%	59,932	49,908	83%
Emergencia	5,092	4,229	83%	4,600	4,394	96%	5,092	4,646	91%	14,784	13,269	90%
Referido / Otros	3,659	9,489	259%	3,305	8,621	261%	3,659	9,379	256%	10,623	27,489	259%

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Urianálisis	1,700	1,494	88%	1,536	1,458	95%	1,700	1,536	90%	4,936	4,488	91%
Consulta Externa	650	390	60%	587	375	64%	650	357	55%	1,887	1,122	59%
Hospitalización	541	468	87%	489	591	121%	541	667	123%	1,571	1,726	110%
Emergencia	503	455	90%	454	332	73%	503	322	64%	1,460	1,109	76%
Referido / Otros	6	181	3017%	6	160	2667%	6	190	3167%	18	531	2950%
Banco de Sangre	11,605	9,875	85%	10,487	11,898	113%	11,606	14,379	124%	33,698	36,152	107%
Consulta Externa	4,228	1,047	25%	3,819	2,738	72%	4,228	4,119	97%	12,275	7,904	64%
Hospitalización	6,089	7,678	126%	5,499	7,963	145%	6,089	8,684	143%	17,677	24,325	138%
Emergencia	945	654	69%	854	755	88%	946	1,193	126%	2,745	2,602	95%
Referido / Otros	343	496	145%	315	442	140%	343	383	112%	1,001	1,321	132%

Fuente de Datos  
Producción de Medicina Crítica (SEPS2)

### Producción y cumplimiento de Metas en Servicios de Tratamiento y Apoyo

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Imagenología</b>												
Fluoroscopias	39	64	164%	39	49	126%	39	70	179%	117	183	156%
Radiografías	3,924	3,316	85%	3,544	3,090	87%	3,924	3,351	85%	11,392	9,757	86%
Ultrasonografías	478	528	110%	433	540	125%	478	671	140%	1,389	1,739	125%
Tomografía Axial Computarizada	309	369	119%	279	323	116%	309	387	125%	897	1,079	120%
Resonancias Magnéticas Nucleares	69	72	104%	62	93	150%	69	85	123%	200	250	125%
<b>Anatomía Patológica</b>												

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Biopsias Otras partes del cuerpo	221	215	97%	200	217	109%	221	253	114%	642	685	107%
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>												
Ecocardiogramas	109	333	306%	109	382	350%	108	423	392%	326	1,138	349%
Electrocardiogramas	240	228	95%	240	376	157%	240	264	110%	720	868	121%
Electroencefalogramas	390	165	42%	390	171	44%	390	168	43%	1,170	504	43%
Endoscopias	12	1	8%	12	5	42%	12	11	92%	36	17	47%
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>												
Cirugía Menor	310	330	106%	280	328	117%	310	323	104%	900	981	109%
Diálisis Peritoneal	332	289	87%	312	261	84%	332	300	90%	976	850	87%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	1,119	1,102	98%	1,010	1,276	126%	1,119	1,522	136%	3,248	3,900	120%
Hemodiálisis	434	263	61%	406	276	68%	434	307	71%	1,274	846	66%
Inhaloterapias	1,725	3,631	210%	1,725	2,893	168%	1,725	2,625	152%	5,175	9,149	177%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	7,672	8,722	114%	6,929	8,497	123%	7,672	11,557	151%	22,273	28,776	129%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	19,476	22,382	115%	17,590	21,430	122%	19,475	25,252	130%	56,541	69,064	122%
Terapias Respiratorias	10,429	18,991	182%	10,429	18,281	175%	10,429	19,971	191%	31,287	57,243	183%
<b>Trabajo Social</b>												
Casos Atendidos	4,988	3,437	69%	4,988	3,244	65%	4,988	3,353	67%	14,964	10,034	67%

Fuente de Datos  
Producción de Medicina Crítica (SEPS2)

## CONCLUSIONES

1. Que para garantizar la efectividad del proceso de Planificación, programación y Evaluación institucional, este debe realizarse de manera participativa, de tal manera que se logre el compromiso en la consecución de los objetivos y resultados esperados.
2. Que para mejorar el proceso de toma de decisiones, es necesario que la evaluación de la programación del Plan Anual operativo se realice oportunamente, para lo cual es indispensable que los involucrados en el proceso deben cumplir oportunamente con las fechas de entrega de la información o evidencia del cumplimiento de las actividades programadas.
3. Que la Pandemia Covid-19, aún sigue afectando el funcionamiento ordinario del Hospital, por lo que en la Evaluación del 1° trimestre del Plan Operativo Anual Institucional 2021, no ha sido posible lograr los resultados esperados: la producción aún sigue disminuida en relación al año 2019, persiste el índice de ausentismo de pacientes y la limitación de espacios para mejorar o ampliar la oferta de servicios.
4. Que las condiciones de funcionamiento del Hospital por la Pandemia de Covid-19, las ausencias de personal, causadas especialmente por enfermedad, ha afectado la oportunidad de realización del Proceso oportuno de Evaluación del 1° Trimestre del PAOI.
5. Que el Hospital sigue realizando esfuerzos para dar cobertura y atención de calidad conforme a la oferta de servicios, a pesar que la epidemia ha limitado la realización de algunas actividades, por lo que en la evaluación del primer trimestre 2021 se excluye de la evaluación y calificación del POAI del 1° trimestre la actividad 2.2.2. la cual se modificará y evaluará a partir del 2° trimestre.
6. Que el cumplimiento de la POAI del 1° trimestre fue en los Objetivos estratégicos del 65% y de los Resultados Esperados 71%. En lo que respecta a la programación operativa o metas de producción de servicios finales se obtuvo:
  - a. En consulta Externa a pesar de haberse reanudado la actividad a partir del 21 de septiembre de 2020, no se tuvo una demanda normal, se evidenció la ausencia de pacientes, pero a pesar de ello se logró un cumplimiento de la meta del 67% en las sub especialidades Médico-Quirúrgicas, realizándose un cumplimiento de 61% en las especialidades de Medicina y 80% en las especialidades de Cirugía; además se realizó un cumplimiento del 50% en especialidades odontológicas y 54% en Bienestar magisterial.
  - b. En Hospitalización el resultado del cumplimiento de Metas fue del 111%, de los cuales se cumplió en los servicios de Medicina el 61%, en los servicios de Cirugía el 134% y un 102% en Bienestar Magisterial. Estos resultados

- evidencian un incremento en la demanda de pacientes que requieren hospitalización y el esfuerzo que se está realizando para que a pesar de las condiciones surgidas por la Pandemia Covid-19 que obligo a una estimación de metas reducidas por la disminución de Camas, se mantenga la oferta de servicios de Hospitalización las 24 horas del día, haciendo necesario la optimización del uso de camas, independientemente de la especialidad.
- 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 92%, lo cual representa un mayor porcentaje de la producción en relación al 4° Trimestre del año anterior.
  - d. En las Unidades de Cuidados Intensivos la cobertura de la meta fue del 94%, esto evidencia la demanda permanente y creciente de pacientes que requieren cuidados críticos, porque a pesar de la reducción de camas para el funcionamiento normal, las cuales fueron destinadas para la atención de Covid-19 y la remodelación y ordenamiento del servicio UCIN, el incremento de la producción en relación al último trimestre del año anterior es del 12%.
  - e. En relación al cumplimiento de Metas de la actividad quirúrgica, es notable el incremento, ya que en el trimestre se cumplió la meta en un 100%, lo cual evidencia un incremento del 38% en relación al 4° trimestre del año anterior.
7. Que el seguimiento de las actividades programadas en el 1° 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 establecer los planes y/o acciones de mejora, y el seguimiento oportuno que garantice la mejora continua de la gestión y el cumplimiento de los objetivos institucionales.
4. Asegurar que toda la información que se revisa y discute en las reuniones de Consejo Estratégico y Sala Situacional no discrecional 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. Vigilar el cumplimiento de los protocolos de seguridad implementados con la apertura de servicios y corregir las debilidades que se encuentren dado que la Pandemia Covid-19 nos acompaña por un tiempo no definido.
6. Enviar de manera oportuna los informes todos 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.
7. 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.



**Dr. Ángel Ernesto Alvarado**  
**Director**