



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dirección

PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2021
INFORME DE EVALUACION
SEGUNDO TRIMESTRE

Dr. Ángel Ernesto Alvarado
Director del HNNBB

02 de Septiembre 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 2° 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 2° trimestre el funcionamiento del hospital sigue siendo afectado por la Pandemia Covid 19, puesto que no se ha podido habilitar la dotación de camas para el funcionamiento normal, tanto por falta de espacios físicos, como porque se ha tenido que seguir disponiendo de instalaciones físicas y recursos habilitados para la atención específica de pacientes de Covid. La situación se ha vuelto preocupante para el Hospital, debido a que la demanda de enfermedades que normalmente se atienden sigue creciendo y lo cual obliga a realizar 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 de la información, y el proceso de Evaluación del Plan Anual Operativo, no es la excepción, sin embargo, se ha

tenido la participación activa y el seguimiento de las actividades a través de las reuniones de entrega de turno, así como por mensajes de Wasap, que aunque no es lo ideal ha permitido avanzar y contar con el informe de este 2° 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 2° 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 SEGUNDO PRIMER TRIMESTRE

PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES De abril a junio de 2021

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	2do. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil					92%				
1.1	Resultado Esperado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional					92%				
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%	69%	86%	Informe de Mortalidad en Unidad de Epidemiología Estadística e Información en Salud, Informe de Auditoría, División Médica y Quirúrgica, Indicador en Unidad de Planificación	El resultado se ha visto afectado porque la disminución de auditorias realizadas en el servicios de Neonatología, ya que se han tenido ausencias justificadas del personal.
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%	57%	81%	Comité de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria y Unidad de Planificación	La meta no ha sido alcanzada, porque se ha disminuido la vigilancia, debido a que le personal responsable esta asignado a la atención de Vacunas de Covid-19.

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	2do. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
1.1.3	Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia)	4	N° de Informes de monitoreo	Registros de Presentación del Informe	Divisiones Médica y División de Enfermería	1	1	100%	División Médica	
1.1.4	Continuar el Programa Trasplante Renales	4	N° de Trasplantes realizados	Registros Estadísticos de Producción	Depto. de Nefrología con el Apoyo de División Médica y Quirúrgica	2	2	100%	División Médica y Quirúrgica	En esta actividad se aumento la Meta, porque su cumplimiento y evaluación se reprogramó para este 2° trimestre.
2	Objetivo: mejorar el Desempeño Hospitalario					100%				
2.1	Resultado esperado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción					100%				
2.1.1	Lograr que las especialidades Médicas de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	66%	% de cumplimiento de la Meta	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Departamentos de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Jefes de Especialidades	60%	84%	140%	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 la afectación de la Pandemia Covid 19, un menor número de pacientes.
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%	117%	138%	Sistemas de Información: Producción SIMONS, SEPS y SPME Monitoreo del Cumplimiento de Metas	El resultado obtenido es mayor porque las Metas se establecieron considerando una reducción y ocupación menor de camas por el Covid-19

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	2do. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
2.2	Resultado esperado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial					100%				
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%	14%	140%	Departamento de Consulta Externa Médica y Quirúrgica	Para evaluar esta actividad se está tomando de referencia los resultados del 2019, por lo que en este 2° trimestre se logró una reducción del 14%. Esto porque en 2° trimestre de 2021, se ha tenido una atención de consulta tendiente a la normalidad.
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	26	100%	Departamento de Consultas Externa Quirúrgica	Dado que esta actividad se ha modificado porque para el establecimiento del tiempo de espera se partió de cero luego de la reapertura de la Consulta externa por la Pandemia Covid 19 y por la implementación del Sistema de Programación de Cirugía del Centro. Se ha considerado como indicador el estándar definido por el MINSAL, y este trimestre, se evidencia una reducción del tiempo de espera en comparación al estándar, lo cual ha sido posible por la estrategia de Manejo de Quirófonas para la programación de Cirugía Electivas..

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	2do. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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 evaluo en el 1° trimestre, ya que el Plan fue actualizado en el primer trimestre y aprobado en el mes de abril.
		3	Informe de Monitoreo del Cumplimiento del Plan	Informes de Resultados de Supervisiones Realizadas	Equipo de Supervisión Institucional	1	1	100%	Dirección, División Médica y Planificación	
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 pa la aprobación de la propuesta	Jefe de División Quirúrgica y Dirección				División Quirúrgica	Esta actividad fue evaluada en el 1° Trimestre
			Informe de Monitoreo del Cumplimiento del Plan	Informe de Resultados Obtenidos	Jefe de División Quirúrgica				División Quirúrgica	Su evaluación esta programada en el 3° y 4° 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, Imagnes Médicas, Banco de Sangre, Farmacia y Jefe de División de Diagnóstico	1	1	100%	División de Diagnóstico	El informe incluye el resultado global de los producción brindada por los servicios de apoyo diagnóstico a los receptores agrupados en Consulta Externa, Hospiralización y Emergencia

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	2do. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
2.3.2	Evaluar el índice de uso de los servicios de Alimentación, Fórmulas y Lavandería	4	Presentación de Resultados del Índice de Uso	Acta de Sala Situacional en donde se realiza la Presentación	Jefe de alimentación, Fórmulas, Lavandería, Mantenimiento, Transporte y Jefe de División Administrativa	1	1	100%	División Administrativa	El informe incluye el resultado global de los producción brindada por los servicios de apoyo administrativo a los receptores agrupados en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia
2.3.3	Monitoreo del Abastecimiento de Medicamentos	0.9	Porcentajes de Abastecimiento	Informe de monitoreo Presentados	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de Farmacoterapia y UACI	90%	95%	106%	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	1	1	100%	División Médica	
		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 esta programada en el 3° y 4° Trimestre
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional					100%				
3.1	Resultado esperado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional					100%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	2do. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
3.1.1	Implementación de la Gestión por Proceso	40%	% de dependencias capacitadas en la Gestión por Procesos	Registro de Dependencias Capacitadas	Unidad Organizativa de la Calidad en coordinación con Jefaturas y UDECAP	10%	18%	176%	UDECAP y UOC	Se reportaron en los listados de asistencia la Capacitación la participación de un recurso por centros de Costos , 16 de la División Administrativa y 15 de la División Médica., en total 31 centros de costos de los 176 que tiene el Hospital
		20%	% de Procesos documentados por dependencia	Inventario de Procesos documentados	Jefaturas con el Apoyo de UOC				Dependencias y UOC	Su evaluación esta 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 Terapeuticas a actualizar y N° de guías actualizadas	Jefaturas de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica				División Médica y Quirúrgica	Su evaluación esta programada para el 4° Trimestre
4	Objetivo: Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad					27%				
4.1	Resultado esperado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad					27%				
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 esta programada para el 3° Trimestre

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	2do. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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 Comites	75%	40%	53%	Sistema ETAC del Ministerio de Salud y UOC	Esta actividad no se evaluo en el 1° trimestre, pero si en este 2° todo el semestre, encontrando al revisar el ETAB un resultados del 40% de cumplimiento de los estándares definidos para el Hospital.
4.1.3	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	50%	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	Informe de Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Dirección con el apoyo y coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad				UOC y Dirección	Esta actividad debía ser realizada y evaluada en el 1° trimestre, pero se defino que se tendría que reprogramar y realizarla conforme a las indicaciones de la UOC del MINSAL.
4.1.4	Actualización y Monitoreo del Plan para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas.	1	Plan Actualizado	Documento Aprobado	Depto. de Pediatría Social UOC				Pediatría Social y UOC	No se cuenta con la Evidencia de cumplimiento.
		85%	% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el plan	Informes de Resultados presentados Mensualmente	Departamento de Pediatría Social	1	0	0%	Pediatría Social y UOC	No se cuenta con la Evidencia de cumplimiento.
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional					65%				
5.1	Resultado esperado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias					65%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	2do. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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 de la evaluación de este trimestre.
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 de la evaluación de este trimestre
5.1.3	Evaluación del funcionamiento de la Sala Situacional	100%	% de cumplimiento de la programación anual de la Sala Situacional	Actas de reunión	Jefatura de Epidemiología	100%	67%	67%	Epidemiología	Se programaron seis y se realizaron cuatro salas
		100%	% de cumplimiento de acuerdos establecidos en la Sala Situacional	Informe de acuerdos cumplidos	Jefaturas designadas en los acuerdos	100%	58%	58%	Epidemiología	En las salas realizadas se establecieron doce acuerdos y se cumplieron siete.
5.1.4	Evaluación de los resultados del Sistema PERC	2	Nº 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 logro cumplir porque debían evaluarse los resultados del 2020, y a junio aún no contaba con la información de Recursos Humanos

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	2do. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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					85%				
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									
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 esta 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 esta programada para el 3° y 4° Trimestre
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					85%				
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%	Sanemaiento Ambiental	A petición del responsable 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, realizando 232 lecturas de cloro, 7 tomas de muestra de agua, 3 informes para registro de indicador en el ETAB

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	2do. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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	30%	12%	40%	Comité de Gestión Ambiental-UOC	Para esta actividad según informe de Inspectores de Saneamiento se había definido capacitar a los 13 servicios de Hospitalización, Alimentación y Limpieza, pero debido a no encontrar espacios para la implementación del Proyecto, solo se capacitó al personal de limpieza y Alimentación.
		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 235 lbs de cartón, 320 placas, y 4 unidades de aceite, obteniendo un ingreso de \$ 55.75
6.2.3.	Monitoreo del cumplimiento Plan de Manejo de Desechos Bio-infecciosos y Comunes	4	N° de Informes	Registro de acciones para cumplir con el Plan conforme al Reglamento Técnico del Manejo de desecho bioinfecciosos y actualización del estándar 23	Inspector de Saneamiento con el apoyo de las Jefaturas	1	1	100%	Saneamiento Ambiental	El informe indica la realización de 6 recorridos para supervisar los servicios, además de 3 recorridos estándar, 3 informes del estándar 23, el cual se obtuvo un 100% de cumplimiento, 3 capacitación, y 3 supervisiones de UCSF San Miguelito

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	2do. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano					80%				
7.1	Resultado esperado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano					80%				
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 esta programada para 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				Departamento de Recursos Humanos	Esta actividad viene reprogramada del año 2020 para cumplirse en el primer trimestre, pero no se pudo evaluar porque no se contó con la Evidencia de cumplimiento, por lo que su evaluación se reprograma para el 4° trimestre de 2021
7.1.3	Elaborar el Plan de Capacitación Institucional 2021	1	Plan Aprobado	Registro del Proceso de Elaboración del Plan	Departamento de Capacitación con el Apoyo de las Jefaturas de cada dependencia				Departamento de Capacitación	Esta actividad ya fue evaluada en el 1° trimestre 2021

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	2do. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
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%	64%	80%	Departamento de Capacitación	El resultado de cumplimiento del plan esta debajo de lo esperado, sin embargo en relación a la Meta programada el resultado es satisfactorio.
8	Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información					65%				
8.1	Resultado esperado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa					65%				
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	1	Plan Elaborado	Documento Aprobado	Equipo de Mejora	1	1	100%	Epidemiología y UOC	Su evaluación esta programada para el 2° Trimestre
		0	% de cumplimiento de los Indicadores del Plan	Informes de Mejoras	Equipo de Mejora				Epidemiología y UOC	Su evaluación esta programada para el 3° y 4° Trimestre
Porcentaje de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos						77%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	2do. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	Observaciones
						Prog.	Realiz.	%		
Porcentaje de Cumplimiento de los Resultados Esperados						81%				

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 abril a junio de 2021

N°		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
Correlativo	Resultado Esperado						
1	1.1	Resultado Esperado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional	92%				
2	2.1	Resultado esperado: Participación activa de las dependencias asisteciales en el cumplimiento de Metas de Producción	100%				
3	2.2	Resultado esperado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial	100%				
4	2.3	Resultado esperado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	100%				
5	3.1	Resultado esperado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional	100%				

N°		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
Correlativo	Resultado Esperado						
6	4.1	Resultado esperado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	27%	En este trimestre la evaluación del resultado incluye dos actividades, una no se evaluó en el 1° trimestre, pero si en este 2° el semestre, encontrándose su cumplimiento de acuerdo a lo registrado en el ETAB en 40% de cumplimiento, La otra actividad esta a cero debido a que no se cuenta con evidencia documental para evaluarla.	Se dará seguimiento mensual de la Actividad conforme a lo ingresado en ETAB, en la reunión de entrega de turno	5° día hábil de cada mes	Unidad Calidad
					Se presentará en la Sala Situacional el Informe de resultado del cumplimiento de los estándares	A más tardar en septiembre de 2021	Unidad Organizativa de la Calidad
7	5.1	Resultado esperado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	65%	De las actividades programadas dos afectan el cumplimiento, una que es la relacionada con la Sala Situacional que tiene un cumplimiento promedio del 62% y la otra que es la Evaluación del PERC, con un resultado de 0%	Evaluar la Programación de Sala	Septiembre de 2021	Dirección con el apoyo de la UEEIS
					Girar instrucciones al Depto de Recursos Humanos para realizar un plan de mejora de la Gestión del Departamento	Septiembre de 2021	División Administrativa

N°		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
Correlativo	Resultado Esperado						
8	6.1	Resultado esperado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente		Resultado no programado para ser evaluado en este trimestre			
9	6.2	Resultado esperado: Realizar vigilancia de las condiciones ambientales para contribuir a la protección de la salud de la población y cuidado del medio ambiente	85%				
10	7.1	Resultado esperado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	80%				
11	8.1	Resultado esperado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa	65%	El resultado esperado tiene un cumplimiento debajo de lo satisfactorio, pero se están realizando esfuerzos para mejorar	Seguimiento del Plan de Mejora en la reunión de Entrega de Turno y del Equipo de Seguimiento	Septiembre de 2021i	Unidad de Epidemiología con el apoyo del Equipo de Seguimiento
Porcentaje de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos					77%		
Porcentaje de Cumplimiento de los Resultados Esperados					81%		

**RESULTADOS DE LA PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS
De Abril a Junio de 2021**

Producción y Cumplimiento de Metas en Consulta Ambulatoria

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Sub Especialidades Médicas	6,697	4,808	72%	7,048	5,471	78%	7,402	5,683	77%	21,147	15,962	75%
Alergología / Inmunología	564	212	38%	594	326	55%	624	304	49%	1,782	842	47%
Cardiología	532	378	71%	560	335	60%	588	347	59%	1,680	1,060	63%
CENid	200	161	81%	210	176	84%	221	159	72%	631	496	79%
Dermatología	285	256	90%	300	282	94%	315	282	90%	900	820	91%
Endocrinología	627	638	102%	660	722	109%	693	776	112%	1,980	2,136	108%
Fisiatria	133	92	69%	140	113	81%	147	110	75%	420	315	75%
Gastroenterología	342	176	51%	360	219	61%	378	223	59%	1,080	618	57%
Ginecología		52			47			49			148	
Hematología	456	408	89%	480	417	87%	504	409	81%	1,440	1,234	86%
Infectología	23	27	117%	24	24	100%	25	24	96%	72	75	104%
Nefrología	171	238	139%	180	278	154%	189	317	168%	540	833	154%
Neumología	399	228	57%	420	285	68%	441	287	65%	1,260	800	63%
Neurología	570	464	81%	600	585	98%	630	632	100%	1,800	1,681	93%
Oncología	798	732	92%	840	787	94%	882	772	88%	2,520	2,291	91%
Pediatría General	1,026	326	32%	1,080	406	38%	1,134	480	42%	3,240	1,212	37%
Psiquiatría	371	271	73%	390	328	84%	410	366	89%	1,171	965	82%
Reumatología	200	149	75%	210	141	67%	221	146	66%	631	436	69%
Sub especialidades Quirúrgicas	3,289	3,225	98%	3,462	3,490	101%	3,635	3,838	106%	10,386	10,553	102%

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Anestesiología / Algología	91	113	124%	96	97	101%	101	97	0%	288	307	107%
Cirugía Cardiovascular	34	21	62%	36	16	44%	38	25	66%	108	62	57%
Cirugía General	456	474	104%	480	560	117%	504	597	118%	1,440	1,631	113%
Cirugía Maxilofacial	103	91	88%	108	98	91%	113	114	101%	324	303	94%
Cirugía Neonatal	68	50	74%	72	56	78%	76	53	70%	216	159	74%
Cirugía Oncológica	23	23	100%	24	32	133%	25	38	152%	72	93	129%
Cirugía Plástica	274	264	96%	288	301	105%	302	284	94%	864	849	98%
Neurocirugía	274	232	85%	288	260	90%	302	253	84%	864	745	86%
Oftalmología	593	745	126%	624	793	127%	655	882	135%	1,872	2,420	129%
Ortopedia	507	594	117%	534	619	116%	561	787	140%	1,602	2,000	125%
Otorrinolaringología	524	359	69%	552	390	71%	580	418	72%	1,656	1,167	70%
Urología	342	259	76%	360	268	74%	378	290	77%	1,080	817	76%
Sub Total Consulta de Sub Especialidades	9,986	8,033	80%	10,510	8,961	85%	11,037	9,521	86%	31,533	26,515	84%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	2,212	960	43%	2,235	1,657	74%	2,258	1,667	74%	6,705	4,284	64%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	332	242	73%	332	271	82%	332	233	70%	996	746	75%
Nutrición	57	220	386%	60	225	375%	63	228	0%	180	673	374%
Psicología	380	386	102%	400	519	130%	420	442	105%	1,200	1,347	112%
Optometría		112			108			117		0	337	
Clínica de Ulceras	1,443	0	0%	1,443	534	37%	1,443	647	45%	4,329	1,181	27%
Consulta Externa Odontológica	900	469	52%	948	510	54%	996	582	58%	2,844	1,561	55%
Odontológica de primera vez	450	106	28%	474	129	30%	498	170	39%	1,422	405	28%
Odontológica subsecuente	450	363	97%	474	381	98%	498	412	101%	1,422	1,156	81%
Total Consulta Externa	13,098	9,462	72%	13,693	11,128	81%	14,291	11,770	82%	41,082	32,360	79%
Emergencias	1,896	1,887	100%	1,819	2,193	121%	1,824	2,045	112%	5,539	6,125	111%

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.									
Cirugía General	847	1,065	126%	795	1,185	149%	851	1,066	125%	2,493	3,316	133%
Pediatría Gral.	1,049	822	78%	1,024	1,008	98%	973	979	101%	3,046	2,809	92%
Pediatrica		722			798			815			2,335	
Covid		100			210			164			474	
Total Consulta Ambulatoria	14,994	11,349	76%	15,512	13,321	86%	16,115	13,815	86%	46,621	38,485	83%

NOTAS:

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

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

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

4/ Por seguridad de los pacientes y personal, por el Covid-19, se habilito el área de atención de Consulta de Pediatría para Covid (gripario), desde el 2° trimestre del año 2020, en este trimestre se han realizado 474 consultas. En los Sistemas oficiales esta producción se Reporta en la Emergencia de Pediatría General.

Fuente de Datos

*Programación: Ingreso de datos (SPME).

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

*Producción: Consulta Externa Odontológica (SIMMOW).

*Registros Internos del HNNBB

Producción y cumplimiento de Metas en Hospitalización

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Sub Especialidades de Pediatría	395	388	98%	410	409	100%	396	439	111%	1201	1236	103%
Hematología Pediátrica	69	45	65%	72	45	63%	69	48	70%	210	138	66%
Infectología Pediátrica	102	105	103%	105	125	119%	102	137	134%	309	367	119%
Medicina Interna Pediátrica	43	65	151%	45	49	109%	43	58	135%	131	172	131%
Nefrología Pediátrica	20	23	115%	21	28	133%	20	24	120%	61	75	123%
Neonatología	41	48	117%	43	69	160%	41	61	149%	125	178	142%
Oncología Pediátrica	120	102	85%	124	93	75%	121	111	92%	365	306	84%
Sub Especialidades de Cirugía	308	385	125%	318	439	138%	309	402	130%	935	1226	131%
Cirugía Pediátrica	104	145	139%	107	152	142%	105	157	150%	316	454	144%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	61	78	128%	63	65	103%	61	59	97%	185	202	109%
Neurocirugía Pediátrica	47	60	128%	49	75	153%	47	61	130%	143	196	137%
Oftalmología Pediátrica	24	24	100%	25	20	80%	24	18	75%	73	62	85%
Ortopedia / Traumatología	47	57	121%	48	98	204%	47	82	174%	142	237	167%
Otorrinolaringología Pediátrica	25	21	84%	26	29	112%	25	25	100%	76	75	99%
Otros Egresos	43	58	135%	45	71	158%	43	59	137%	131	188	144%
Servicios por Contrato	43	58	135%	45	71	158%	43	59	137%	131	188	144%
Total de Egresos	746	831	111%	773	919	119%	748	900	120%	2,267	2,650	117%

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	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Electivas para Hospitalización	133	227	169%	140	257	177%	147	210	141%	420	694	165%
Electivas Ambulatorias	114	85	75%	120	85	71%	126	102	81%	360	272	76%
De Emergencia para Hospitalización	300	256	85%	310	245	75%	300	182	60%	910	683	75%
De Emergencia Ambulatoria	159	11	7%	164	7	4%	159	1	1%	482	19	4%
Cirugía Mayor	706	579	82%	734	594	81%	732	495	68%	2,172	1,668	77%

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	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.									
Unidad de Emergencia												
Admisiones	756	1,207	160%	781	1,090	140%	756	1,416	187%	2293	3713	162%
Transferencias	494	480	97%	494	511	103%	469	560	119%	1457	1551	106%
Unidad de Máxima Urgencia												
Admisiones	67	86	128%	70	95	136%	68	90	132%	205	271	132%
Transferencias	67	74	110%	70	83	119%	68	80	118%	205	237	116%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios												
Admisiones	106	155	146%	108	167	155%	105	153	146%	319	475	149%
Transferencias	111	155	140%	113	159	141%	111	159	143%	335	473	141%

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 Critica (SEPS2).

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

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Laboratorio Clínico												
Hematología	14,704	16,274	111%	15,193	19,327	127%	14,703	16,843	115%	44,600	52,444	118%
Consulta Externa	4,231	4,815	114%	4,372	5,902	135%	4,231	5,303	125%	12,834	16,020	125%
Hospitalización	5,412	5,951	110%	5,592	7,214	129%	5,412	7,023	130%	16,416	20,188	123%
Emergencia	2,359	2,106	89%	2,438	2,664	109%	2,359	2,057	87%	7,156	6,827	95%
Referido / Otros	2,702	3,402	126%	2,791	3,547	127%	2,701	2,460	91%	8,194	9,409	115%
Inmunología	4,076	3,794	93%	4,212	4,653	110%	4,076	5,644	138%	12,364	14,091	114%
Consulta Externa	771	1,031	134%	797	1,311	164%	771	1,129	146%	2,339	3,471	148%
Hospitalización	567	968	171%	586	1,323	226%	567	1,346	237%	1,720	3,637	211%
Emergencia	242	275	114%	250	432	173%	242	441	182%	734	1,148	156%
Referido / Otros	2,496	1,520	61%	2,579	1,587	62%	2,496	2,728	109%	7,571	5,835	77%
Bacteriología	3,776	5,389	143%	3,901	4,946	127%	3,776	4,423	117%	11,453	14,758	129%
Consulta Externa	314	313	100%	324	316	98%	314	222	71%	952	851	89%
Hospitalización	2,305	3,448	150%	2,382	2,626	110%	2,305	2,349	102%	6,992	8,423	120%
Emergencia	1,157	1,628	141%	1,195	2,004	168%	1,157	1,852	160%	3,509	5,484	156%
Parasitología	336	364	108%	349	340	97%	336	335	100%	1,021	1,039	102%
Consulta Externa	21	19	90%	22	19	86%	21	15	71%	64	53	83%
Hospitalización	190	209	110%	197	231	117%	190	236	124%	577	676	117%
Emergencia	125	136	109%	130	90	69%	125	84	67%	380	310	82%
Bioquímica	35,162	39,644	113%	36,334	42,367	117%	35,162	38,905	111%	106,658	120,916	113%
Consulta Externa	6,713	4,981	74%	6,937	4,791	69%	6,713	4,575	68%	20,363	14,347	70%
Hospitalización	19,978	20,497	103%	20,644	22,217	108%	19,978	20,547	103%	60,600	63,261	104%
Emergencia	4,929	4,446	90%	5,093	5,428	107%	4,929	4,787	97%	14,951	14,661	98%
Referido / Otros	3,542	9,720	274%	3,660	9,931	271%	3,542	8,996	254%	10,744	28,647	267%

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.									
Urianálisis	1,644	1,606	98%	1,701	1,694	100%	1,645	1,682	102%	4,990	4,982	100%
Consulta Externa	629	433	69%	651	470	72%	630	487	77%	1,910	1,390	73%
Hospitalización	523	737	141%	541	718	133%	523	772	148%	1,587	2,227	140%
Emergencia	486	376	77%	503	446	89%	486	423	87%	1,475	1,245	84%
Referido / Otros	6	60	1000%	6	60	1000%	6	0	0%	18	120	667%
Banco de Sangre	11,231	13,851	123%	11,605	15,039	130%	11,231	15,500	138%	34,067	44,390	130%
Consulta Externa	4,092	4,298	105%	4,228	4,110	97%	4,092	5,526	135%	12,412	13,934	112%
Hospitalización	5,892	8,099	137%	6,088	9,153	150%	5,892	8,387	142%	17,872	25,639	143%
Emergencia	915	979	107%	946	1,317	139%	915	1,099	120%	2,776	3,395	122%
Referido / Otros	332	475	143%	343	459	134%	332	488	147%	1,007	1,422	141%

Fuente de Datos

Producción de Medicina Crítica (SEPS2)

Producción y cumplimiento de Metas en Servicios de Tratamiento y Apoyo

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Imagenología												
Fluoroscopias	39	70	179%	39	57	146%	39	43	110%	117	170	145%
Radiografías	3,797	3,734	98%	3,924	4,323	110%	3,797	4,106	108%	11,518	12,163	106%
Ultrasonografías	464	680	147%	479	832	174%	464	708	153%	1,407	2,220	158%
Tomografía Axial Computarizada	298	390	131%	308	449	146%	298	409	137%	904	1,248	138%
Resonancias Magnéticas Nucleares	66	97	147%	69	89	129%	66	121	183%	201	307	153%
Anatomía Patológica												
Biopsias Otras partes del cuerpo	215	204	95%	221	263	119%	215	234	109%	651	701	108%

Otros Procedimientos Diagnósticos												
Ecocardiogramas	109	352	323%	109	374	343%	109	331	304%	327	1,057	323%
Electrocardiogramas	228	334	146%	240	152	63%	252	265	105%	720	751	104%
Electroencefalogramas	371	193	52%	390	242	62%	410	262	64%	1,171	697	60%
Endoscopias	11	1	9%	12	43	358%	12	6	50%	35	50	143%
Tratamiento y Rehabilitación												
Cirugía Menor	300	344	115%	310	403	130%	300	359	120%	910	1,106	122%
Diálisis Peritoneal	304	325	107%	332	325	98%	316	109	34%	952	759	80%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	1,081	1,475	136%	1,119	1,641	147%	1,082	1,611	149%	3,282	4,727	144%
Hemodiálisis	420	322	77%	434	323	74%	420	266	63%	1,274	911	72%
Inhaloterapias	1,725	3,105	180%	1,725	3,321	193%	1,725	3,514	204%	5,175	9,940	192%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	7,424	11,286	152%	7,671	11,609	151%	7,424	10,675	144%	22,519	33,570	149%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	18,847	25,273	134%	19,475	27,952	144%	18,847	27,664	147%	57,169	80,889	141%
Terapias Respiratorias	10,429	19,936	191%	10,429	23,864	229%	10,429	21,894	210%	31,287	65,694	210%
Trabajo Social												
Casos Atendidos	4,738	3,792	80%	4,988	3,820	77%	5,237	3,884	74%	14,963	11,496	77%

Fuente de Datos

Producción de Medicina Crítica (SEPS2)

CONCLUSIONES

1. Que para garantizar la efectividad del proceso de Planificación, programación y Evaluación institucional, este debe realizarse de manera participativa, de tal manera que se logre el compromiso en la consecución de los objetivos y resultados esperados.
2. Que para mejorar el proceso de toma de decisiones, es necesario que la evaluación de la programación del Plan Anual operativo se realice oportunamente, para lo cual es indispensable que los involucrados en el proceso 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, y aunque la Evaluación del 2° trimestre del Plan Operativo Anual Institucional 2021, muestre resultados satisfactorios en función de la Meta, es importante destacar que la producción aún sigue disminuida en relación al año 2019, se ha aumentado 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 físico del Hospital por la Pandemia de Covid-19, las ausencias de personal, causadas especialmente por enfermedad, sido afectando la oportunidad de realización del Proceso oportuno de Evaluación del 2° Trimestre del PAOI.
5. El Hospital sigue realizando esfuerzos para dar cobertura y atención de calidad conforme a la oferta de servicios, la cual se ha visto afectada por los efectos de la epidemia Covid 19 y no ha sido aprovechada por los usuarios, lo cual se evidencia en el aumento de ausencias de pacientes de consulta ambulatoria.
6. Que el cumplimiento de la POAI del 2° trimestre fue en los Objetivos estratégicos del 77% y de los Resultados Esperados 81%. En lo que respecta a la programación operativa o metas de producción de servicios finales se obtuvo:
 - a. En consulta Externa se reanudo a partir del 21 de septiembre de 2020, la cual se 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 2° trimestre los resultados siguientes: La consulta de especialidad médico quirúrgica tuvo un cumplimiento de la meta del 84%, realizándose un cumplimiento de 75% en las especialidades de Medicina y 102% en las especialidades de Cirugía; además se realizó un cumplimiento del 55% en especialidades odontológicas y 75% en Bienestar magisterial.

- b. En Hospitalización el resultado del cumplimiento de Metas fue del 117%, de los cuales se cumplió en los servicios de Medicina el 103%, en los servicios de Cirugía el 131% y un 144% 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 físicas limitadas 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, provocando que se generan una alta rotación de la cama, por el incremento de traslados internos.
 - 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 111%, lo cual representa un mayor porcentaje de la producción en relación al 1° Trimestre y aumento de la demanda de pacientes no solo referidos, sino también por demanda espontánea.
 - d. En las Unidades de Cuidados Intensivos la demanda permanente y creciente se evidencia en el cumplimiento de las metas la cual tiene una cobertura del 141%.
 - e. En relación al cumplimiento de Meta de la actividad quirúrgica, el cumplimiento en este trimestre muestra un incremento del cumplimiento de cirugías electivas.
7. Que el seguimiento de las actividades programadas en el 2° 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. Enviar de manera oportuna los informes requeridos para realización del monitoreo y evaluación de la gestión institucional, a fin de fortalecer el proceso de toma de decisiones y de generación de información oficial.
6. Reforzar los procesos de supervisión, monitoreo y seguimiento en las diferentes disciplinas médicas, a fin de mejorar la calidad de atención y la identificación oportuna de factores de riesgo para la intervención en pro de la seguridad del paciente y el logro de los objetivos institucionales.



Dr. Ángel Ernesto Alvarado
Director