



H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

Informe de Evaluación de Implementación del Plan Operativo Institucional

(Segundo Semestre)

2021

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

UE: 036- 522



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

**INFORME DE EVALUACIÓN DE IMPLEMENTACION
DEL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL**

(Segundo Semestre)

2021

MC. JORGE FERNANDO RUIZ TORRES
Director Ejecutivo

MC. ENRIQUE TOMAS BRICEÑO ALIAGA
Director Adjunto

**EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DEL PLAN OPERATIVO
INSTITUCIONAL 2021**

Lic. Adm. MARIA MILDRED RUIZ VILLACORTA
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico.

Sr. CESAR ORTIZ DIAZ
Coordinador del Equipo de Trabajo de Planeamiento.

Lic. FRANCESCA ELIZABETH ELIAS VELA
Equipo Técnico del Área de Planeamiento.

AREAS DE APOYO:

Bach. DORIS ZEGARRA CARMONA
Coordinadora de Equipo de Trabajo de Presupuesto.

Bach. GLADIS REQUEJO VASQUEZ
Coordinadora del Equipo de Trabajo de Costos

Sr. JUAN CARLOS VAZQUEZ REYES
Coordinadora del Equipo de Trabajo de Organización y Métodos

Ing. ROY SILVA SANCHEZ
Coordinador del Equipo de Trabajo de Inversiones

Bach. GUISELLE SALINAS PATRICIO
Secretaria





MIEMBROS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE GESTION DEL HOSPITAL

Dirección Ejecutiva

MC. Jorge Fernando Ruíz Torres

Dirección Adjunta

MC. Enrique Tomas Briceño Aliaga

Órgano de Control Institucional

Lic. Jade Ruth Chávez Rosales

Oficina de Planeamiento Estratégico

Lic. Adm. María Mildred Ruiz Villacorta

Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental

Lic. Obst. Karime Paola Moran Valencia

Oficina de Administración

Econ. José Lindo Castro

Unidad de Personal

Bach. Julia Sánchez Alba

Unidad de Economía

Lic. Ángel Peña Luque

Unidad de Logística

Lic. Pedro Melgarejo Flores

Unidad de Servicios Generales

Bach. César Acosta De la Cruz

Unidad de Estadística e Informática

Lic. Luis Infantes Oblitas

Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

Prof. Yony Silva Espinoza

Unidad de Seguros

Bach. María Conde Hermenegildo

Unidad de Gestión de la Calidad

CPC Erika Elías Rodríguez

Departamento de Medicina

MC. Danny Ramírez Vergara

Departamento de Cirugía

MC. Henry Silva Alvarado

Departamento de Pediatría

MC. Enrique Briceño Aliaga





Departamento de Gineco Obstetricia
Dr. Víctor Rivas Mendieta

Departamento de Odontología
Odont. Rudi Cahuana Rojas

Departamento de Enfermería
Lic. Ketty Gisela Papa Carrera

Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
MC. Enrique Briceño Aliaga

Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
MC. Erika Rojas Marín

Departamento de Diagnóstico por Imágenes
MC. Edwin Espinoza Espinoza

Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
MC. Wilfredo Loza Coca

Departamento de Apoyo al Tratamiento
Psicol. Carmen Urbina Meza

Servicio de Farmacia
Q.F. Jeanny Ramos Ponce

Servicio Social
Lic. María Julia Díaz Rojas

Servicio de Nutrición
Lic. Yolanda Solórzano Sevilla





COORDINADORAS DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES

001. PROGRAMA PRESUPUESTAL DE ARTICULADO NUTRICIONAL

Lic. Enf. Katty Gisela Papa Carrera
Lic. Nut. Pamela Guzmán Mendoza

002. PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL.

Obst. Lily Gómez Achulle
Lic. Gina Evelyn Vera Faustino

0016. PROGRAMA PRESUPUESTAL DE TBC - VIH/SIDA.

Obst. María Esther Lluque Aquino
Lic. María Mercedes Liñán Huayanay

0017. PROGRAMA PRESUPUESTAL DE METAXENICAS Y ZONOSIS.

Lic. Helen Miluska Holguín Torres

0018. PROGRAMA PRESUPUESTAL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

Lic. Enf. Deysi Ramírez Tuanama

0024. PROGRAMA PRESUPUESTAL DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER.

Obst. Hayde Quiñones Zelaya

0068. PROGRAMA PRESUPUESTAL DE REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES.

Lic. Juana Estefania Torres Morrillo

0104. PROGRAMA PRESUPUESTAL DE REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS.

Lic. Enf. Norma Yesela Veramendi Castro
Lic. Laura Arias Yapias

0129. PROGRAMA PRESUPUESTAL DE PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Tecnol. Med. Fátima Salvador Carbonel

0131. PROGRAMA PRESUPUESTAL DE CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL

Psic. Janet Barreto Gavidia





ÍNDICE

	PAG.
PRESENTACION.....	07
1. RESUMEN EJECUTIVO.....	08
2. ANALISIS DE CUMPLIMIENTO.....	09
Descripción General.....	09
Tabla de Modificaciones.....	15
Evaluación de cumplimiento por Objetivos.....	17
Evaluación por Centro de Costo.....	20
Medidas Covid 19.....	22
Evaluación de Logros y Barreras por Programas.....	24
Medidas Adoptadas para el Cumplimiento de Metas.....	49
Medidas para la Mejora Continua.....	50
3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
ANEXO:	
Formato de Seguimiento al primer semestre del año 2021	





PRESENTACIÓN

El Plan Operativo Institucional, es un documento de gestión de corto plazo que permite formular y conducir las actividades programadas, siendo estas sujetas a un proceso de monitoreo, evaluación de manera periódica y dinámica con el fin de medir el grado de cumplimiento de los objetivos institucionales.

Mediante Resolución Ministerial N° 343-2019/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N° 262-MINSA/2019/OGPPM, "Directiva Administrativa para la Elaboración, Aprobación, Seguimiento, Evaluación y Modificación del Plan Operativo Institucional del Pliego 11: MINSA".

Según la citada Resolución, la Evaluación al Plan Operativo Institucional -2021: La Evaluación es el análisis riguroso y periódico de los factores que inciden en el cumplimiento de las actividades, metas programadas y avances en la ejecución. Así como, la aplicación de medidas correctivas que mejoren la gestión y los resultados esperados en pro de una toma de decisiones efectiva.

En cumplimiento de la norma, el equipo de Planeamiento realiza el Informe de Evaluación de Implementación del POI al Segundo Semestre 2021, señalando el grado de cumplimiento de las metas físicas alcanzadas, logros, problemas que impidieron el desarrollo de las actividades y alternativas de solución, propuestos por los equipos operativos de los Programas Presupuestales, Acciones Centrales y Asignaciones Presupuestales que No Resultan en Producto



Oficina de Planeamiento Estratégico

Equipo de Planeamiento



1. RESUMEN EJECUTIVO

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz aprobó su Plan Operativo Institucional (POI) 2021 mediante Resolución Directoral N° 221-12/2020-HCLLH/SA. Así mismo mediante Resolución Directoral N°137-08/2021-HCLLH/SA, se aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2021 Modificado V.01

El grado de cumplimiento de metas físicas de las actividades operativas en el segundo semestre del 2021 de los Programas Presupuestales: Articulado Nutricional, Materno Perinatal, TBC-VIH, Metaxénicas y Zoonóticas, Enfermedades No Trasmisible, Cáncer, Vulnerabilidad ante Emergencias y desastres, Reducción de la Mortalidad en Emergencia, Discapacidad y Salud Mental, fueron: 49.38% deficiente no sobrepasaron el 85% de la meta programada, 2.48% "regular" alcanzaron el rango de 85% a 90%, 40.37% "Bueno" lograron entre el 90% y 100% y 7.76% "exceso" sobrepasaron el 100% de lo programado

Las actividades operativas de Acciones Centrales: fueron: 8.70% exceso, sobrepasaron el 100% de lo programado; 91.30% bueno, en el rango de 90% a 100% de lo programado; 0% Regular, en el rango de 85% a 90% de lo programado y 0% deficiente, actividades operacionales que no sobrepasaron el 85% de la meta programada

El grado de cumplimiento de metas físicas de las asignaciones presupuestales que no resultan en producto APNOP: fueron: 6.82% "exceso" sobrepasaron el 100% de lo programado; 63.64% "bueno" en el rango de 90% a 100% de lo programado; 4.55% "Regular" en el rango de 85% a 90% de lo programado y 25.00% "deficiente" actividades operacionales que no sobrepasaron el 85% de la meta programada

Del análisis de presupuesto correspondiente al primer semestre del año 2021, a nivel de Presupuesto Inicial Modificado (PIM) por toda genérica del gasto se observa lo siguiente:

La genérica Personal y Obligaciones sociales al primer semestre del año en términos de ejecución constituye el 42.16%, la genérica Pensiones y Otras Prestaciones Sociales el 1.24%, la genérica Bienes y Servicios alcanzo el 55.93%, la genérica Otros Gastos el 0.01% y la genérica Adquisición de Activos No Financieros el 0.66%; la ejecución del presupuesto correspondiente al primer semestre del 2021 asciende a la suma de S/. 35,633,384.00 por toda fuente de financiamiento y equivale al 51.40%, y el total del Presupuesto Inicial Modificado (PIM) del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz al primer semestre del año es de S/. 69,322,600.00



2. ANALISIS DE CUMPLIMIENTO

2.1. MODIFICACIONES

DESCRIPCION GENERAL

MISIÓN DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, de Categoría II-2: Hospital de Atención General, brinda los servicios de salud especializada de acuerdo a su nivel, en el marco de la atención integral basado en la persona, familia y comunidad, con el enfoque preventivo, curativo y recuperativo de la salud, de los usuarios que acuden a los servicios de salud, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en consulta externa, hospitalización y emergencia".

DENOMINACIÓN, NATURALEZA Y FINES

Denominación

Unidad Ejecutora 036 - 00522 "HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ"

Naturaleza

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, es un establecimiento categorizado mediante Resolución Administrativa N° 160-2019-MINSA/DIRS-LN/6, que otorga LA CATEGORIA II-2 HOSPITAL DE ATENCIÓN GENERAL, al establecimiento de Salud Público denominado "Hospital Carlos Lanfranco la Hoz", Como tal, es responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito de referencia, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud de la población

Con Resolución Ministerial N° 879-2008/MINSA, denominar al Hospital Puente Piedra, de la Dirección de Salud V Lima Ciudad como Hospital Puente Piedra "Carlos Lanfranco La Hoz".

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, de nivel II-2, es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud; según la R.M. N° 029-2015/MINSA de fecha 16 de enero del 2015.





Fines

Mejorar la accesibilidad y la atención de salud en el Hospital, a fin de brindar una atención con calidad a través de los servicios de salud especializados de manera oportuna, eficiente y eficaz; la cual demande la población referencial, asegurada en el Seguro Integral de Salud y paciente a la demanda

Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación en las capacidades de los pacientes en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad en Consulta externa, Hospitalización y Emergencia de todas las etapas de vida, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada.

Teléfono: 01 - 548 53 34

Página Web: <http://www.hcllh.gob.pe/>

Siglas: HCLLH.

Domicilio Legal

El **Hospital Carlos Lanfranco La Hoz**, tiene su domicilio legal en la avenida Sáenz Peña Cuadra 6, con código postal 15,100 en el distrito de Puente Piedra, geográficamente ubicado a la altura del Km. 29 de la Panamericana Norte.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

- ❖ **OEI.01** Prevenir; vigilar; controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población; con énfasis en las prioridades nacionales.
- ❖ **OEI.02** Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en Redes Integradas de Salud; centradas en la persona; familia y comunidad; con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- ❖ **OEI.04** Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión Pública.
- ❖ **OEI.05** Mejorar la gestión y el desarrollo de los recursos humanos en salud con énfasis en competencias; y la disponibilidad equitativa en el País.
- ❖ **OEI.08** Fortalecer la Gestión del Riesgo y defensa ante Emergencias y Desastres.

ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

- ❖ **AEI.01.01** Vacunación completa en niñas y niños menores de 15 meses de edad; y en niñas entre 9 y 13 años; con coberturas óptimas.



- ❖ **AEI.01.02** Prevención y control de enfermedades transmisibles; fortalecidos; con énfasis en las prioridades sanitarias nacionales.
- ❖ **AEI.01.05** Prevención; detección precoz y atención integral oportuna de la anemia en niñas y niños menores de 36 meses; mujeres adolescentes y gestantes; y de la desnutrición crónica infantil.
- ❖ **AEI.01.06** Prevención; detección precoz y atención integral; por curso de vida; de enfermedades no transmisibles con énfasis en las prioridades sanitarias nacionales.
- ❖ **AEI.01.07** Prevención; detección precoz y atención integral; por curso de vida; de problemas de salud mental; con énfasis en el ámbito intrafamiliar y comunitario; y en la violencia y adicciones.
- ❖ **AEI.01.09** Prevención; detección; atención y vigilancia integral de los factores de riesgo relacionados al medio ambiente que afectan la salud de la población; implementados con eficiencia.
- ❖ **AEI.02.03** Redes Integradas de Salud; implementadas progresivamente a nivel nacional.
- ❖ **AEI.02.04** Atención de Urgencias y Emergencias Médicas; eficiente y oportuna.
- ❖ **AEI.02.08** Provisión segura; oportuna y de calidad de sangre; hemocomponentes y hemoderivados; así como de órganos; tejidos y células para trasplantes; mediante sistemas eficientes.
- ❖ **AEI.02.09** Acciones preventivas y promocionales incorporadas en la atención de salud en todos los niveles.
- ❖ **AEI.04.02** Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.
- ❖ **AEI.04.03** Asignación y gestión del presupuesto público eficiente y orientado a resultados en el sistema de salud.
- ❖ **AEI.04.05** Sistema de Control Interno; Plan de Integridad y lucha contra la corrupción fortalecido.
- ❖ **AEI.05.01** Plan de Dotación de recursos humanos en salud acordado con Gobiernos Regionales; implementado.
- ❖ **AEI.08.04** Entrenamiento en habilidades para la prevención y reducción de la vulnerabilidad y aumento de la resiliencia; de las comunidades organizadas frente al riesgo de desastres; fortalecido.





ORGANIGRAMA

El Hospital, para cumplir su misión y lograr sus objetivos funcionales tiene la siguiente estructura orgánica:

A. ÓRGANO DE DIRECCIÓN

Dirección Ejecutiva

B. ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL

Órgano de Control Institucional

C. ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO

Oficina de Planeamiento Estratégico,
Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental,
Unidad de Gestión de la Calidad

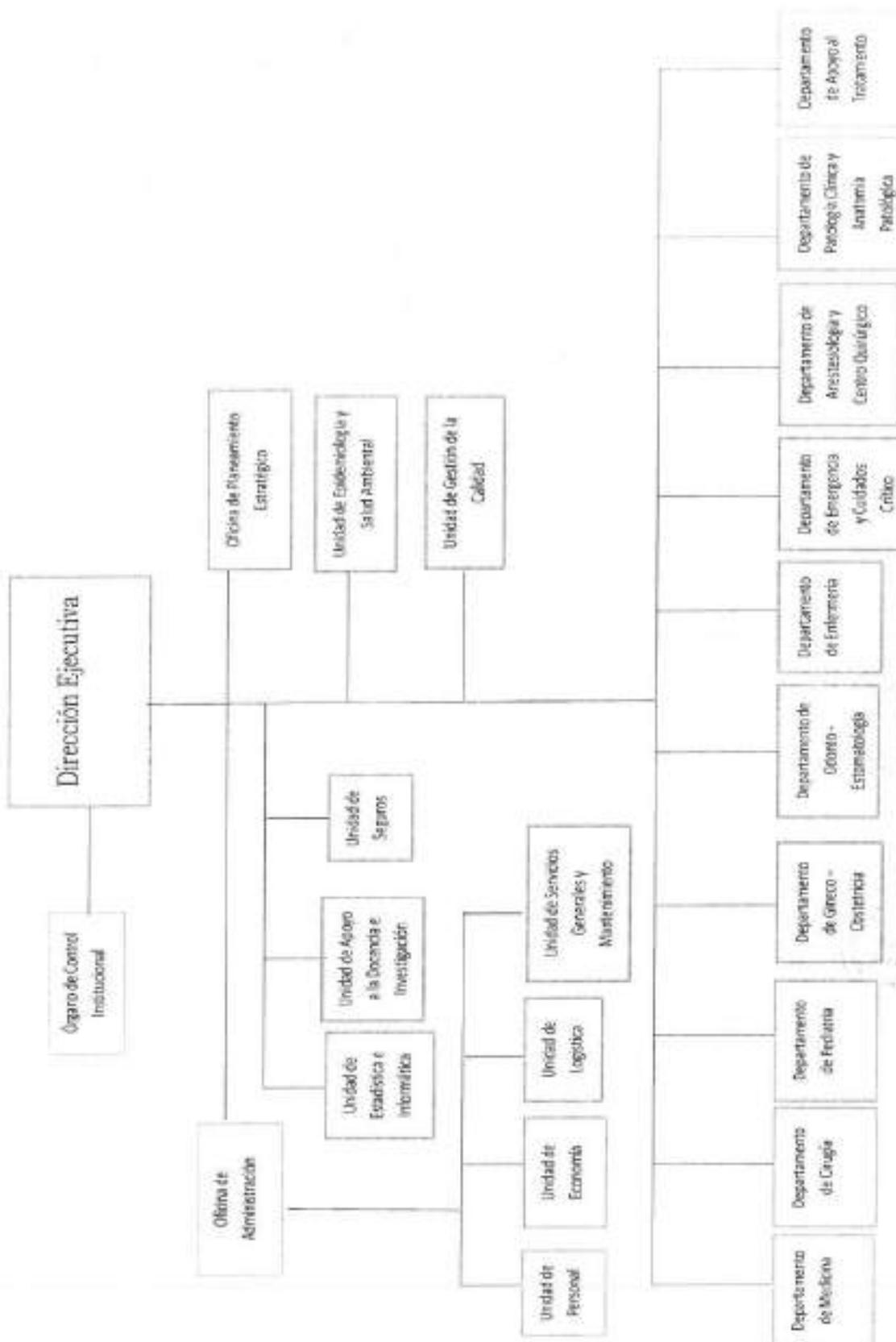
D. ÓRGANOS DE APOYO

Oficina de Administración
Unidad de Personal
Unidad de Economía.
Unidad de Logística.
Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento.
Unidad de Estadística e Informática
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.
Unidad de Seguros

E. ÓRGANOS DE LINEA

Departamento de Medicina
Departamento de Cirugía
Departamento de Pediatría
Departamento de Gineco-obstetricia
Departamento de Odontología
Departamento de Enfermería
Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
Departamento de Diagnóstico por Imágenes
Departamento de Apoyo al Tratamiento.







FUNCIONES GENERALES

Las Funciones Generales se encuentra en el reglamento de Organización y funciones del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz aprobado mediante Resolución Ministerial N°463-2010/MINSA, son las siguientes:

- a) Recuperar la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en consulta externa, hospitalización y emergencia.
- b) Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- c) Prevenir y disminuir los riesgos y daños a la salud.
- d) Apoyar la formación y especialización de los recursos humanos , asignando el campo clínico y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las Universidades e Institucionales educativas, según los convenios respectivos.
- e) Administrar los recursos humanos , materiales económicas y financieras para el logros de la misión y cumplimiento de sus funciones de acuerdo a las normas vigentes.
- f) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios , así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del pacientes y su entorno familiar.





TABLA DE MODIFICACIONES

Tabla N° 1 - A: Modificaciones del plan operativo según centros de costos

CC Código	Centro de Costos	POI Modificado 3/	
		N° AD	Financiamien
01	DIRECCION EJECUTIVA	1	33,845
01.01	UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO	8	451,737
01.02	ASESORIA LEGAL	5	48,250
02	OFICINA DE ADMINISTRACION	10	13,142,193
02.04	UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES	5	3,035,468
03	ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL	3	117,266
05	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	5	292,830
06	UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL	9	1,838,764
10	DEPARTAMENTO DE MEDICINA	12	6,550,583
10.01	SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	38	595,878
10.02	SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA	27	2,238,076
10.03	SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	24	153,974
10.04	SERVICIOS DE PSIQUIATRIA	12	543,923
11	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	32	3,763,591
12	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	19	7,112,659
12.01	SERVICIO DE NEONATOLOGIA	30	1,786,295
13	DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA	48	7,868,103
13.02	SERVICIO DE ORSTETRICIA	21	229,201
14	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	17	1,030,210
15	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	17	3,400,601
16	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS	19	30,683,813
16.2	SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS	1	1,224,087
17	DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO	3	3,527,830
18	DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLO	2	448,657
19	DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES	2	3,566,579
20.01	SERVICIO DE PSICOLOGIA	2	848,215
20.02	SERVICIO SOCIAL	5	256,851
20.03	SERVICIO DE NUTRICION	5	2,765,737
20.04	SERVICIOS DE FARMACIA	1	3,816,409
	TOTAL	383	101,371,623

1/ Se contabiliza las AD financiadas durante la consistencia con el PIA.

2/ Sumatoria de las metas financieras anuales.

Fuente: Información del aplicativo CEPLAN V.01.





Comentarios a la Tabla N° 1 - A

Como se puede apreciar, la tabla muestra el POI modificado del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz por Centro de Costos, por número de actividades operativas y por financiamiento

Según el Plan Operativo Institucional Modificado V.01, el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz cuenta con 375 actividades operativas distribuidas en los diferentes Centros de Costo y además el financiamiento asciende a la suma total de S/-. 69,322,600.00, igualmente distribuido en cada Centro de Costo

Desagregando cada Centro de Costo por número de actividad operativa, en términos porcentuales y de mayor a menor, podemos apreciar que el Departamento de Gineco-obstetricia cuenta con 48 AO y que equivale al 12.8% constituyéndose en el Centro de Costo que cuenta con la mayor cantidad de AO, seguidamente se encuentra el Centro de Costo Servicio de Medicina Interna con 38 AO y equivale al 10.13%, luego el Departamento de Cirugía con 32 AO y equivale al 8.53%, sigue el Servicio de Neonatología con 30 AO y equivale al 8.00%, continua el Servicio de Medicina Especializada con 24AO equivalente al 6.40%, el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación con 24 AO equivalente al 6.40%, el Servicio de Obstetricia con 21AO equivalente al 5.60%, el Departamento de Pediatría con 19 AO equivalente al 5.07%, seguidamente se distribuyen las AO en los Centros de Costo cuya participación son menores al 5%



Así mismo podemos apreciar la distribución financiera por Centro de Costo, encontrando diferencias con la distribución por actividad operativa debido a la complejidad de cada uno de los Centro de Costo, así vemos de mayor a menor participación porcentual se encuentra el Centro de Costo Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos con 10,962,479.00 que equivale al 15.81%, sigue la Oficina de Administración con 9,361,058.00 equivalente al 13.50%, luego el Departamento de Medicina con 6,332,039.00 que equivale al 9.13%, el Departamento de Gineco-obstetricia con 4,902,763.00 equivalente al 7.07%, el Departamento de Pediatría con 4251648 equivalente al 6.13%, el Servicio de Nutrición con 3,695,285.00 equivalente al 5.33%, seguidamente se encuentran los Centros de Costo cuya participación se encuentra entre el 5% y el 0.05% de recursos financieros programados en el Plan Operativo Institucional Modificado 2021 al primer semestre





2.2 EVALUACION DE CUMPLIMIENTO

EVALUACION POR OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL POI

Tabla N°2 Ejecución del POI Modificado por elementos del PEI

Código	Descripción	Prioridad	N° de AO/Inversión 1/	Seguimiento financiero 2/	Ejecución física		
					1° Semestre 3/	2° Semestre 3/	Anual 4/
OE.01	PREVENIR, VIGILAR, CONTROLAR Y REDUCIR EL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1					
AE.01.05	PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1	2	537,810	75 %	90 %	100 %
AE.01.01	VACUNACIÓN COMPLETA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS	2	8	1,131,330	94 %	97 %	86 %
AE.01.02	PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	3	98	24,085,870	75 %	101 %	138 %
AE.01.06	PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	4	93	3,907,643	48 %	232 %	57 %
AE.01.07	PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	5	13	636,369	96 %	90 %	91 %
AE.01.09	PREVENCIÓN, DETECCIÓN, ATENCIÓN Y VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	7	3	643,408	104 %	96 %	100 %
OE.02	GARANTIZAR EL ACCESO A CUIDADOS Y SERVICIOS DE SALUD	2					
AE.02.03	REDES INTEGRADAS DE SALUD; IMPLIMENTADAS POR LAS REGIONES	1	82	36,494,607	72 %	107 %	80 %
AE.02.04	ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS	2	9	3,529,387	76 %	110 %	108 %
AE.02.09	ACCIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS	4	2	24,821	126 %	92 %	104 %
AE.02.08	PROVISIÓN SEGURA, OPORTUNA Y DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	7	2	443,434	85 %	108 %	93 %
OE.04	FORTALECER LA RECTITUD Y LA GOBERNANZA SOBRE LOS RECURSOS PÚBLICOS	4					
AE.04.03	ASIGNACIÓN Y GESTIÓN DEL PRESUPUESTO PÚBLICO	2	5	271,200	100 %	122 %	111 %
AE.04.05	SISTEMA DE CONTROL INTERNO; PLAN DE INTEGRIDAD	3	3	78,113	100 %	100 %	100 %
AE.04.02	GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVIDOR PÚBLICO	5	54	13,934,674	76 %	103 %	87 %
OE.05	MEJORAR LA GESTIÓN Y EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS	5					
AE.05.01	PLAN DE DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SERVICIOS DE SALUD	1	1	1,534,673	100 %	100 %	100 %
OE.08	FORTALECER LA GESTIÓN DEL RIESGO Y DEFENSA AL CIUDADANO	8					
AE.08.04	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA LA PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS	3	7	362,829	70 %	101 %	92 %
AE.08.05	GESTIÓN Y COMUNICACIÓN EFICIENTE Y OPORTUNA DE EMERGENCIAS	5	1	68,511	100 %	100 %	100 %
	TOTAL		383	87,715,699			

1/ Se contabilizan AO/Inversiones con meta física anual mayor a cero.

2/ Sumatoria del seguimiento financiero de AO/Inversiones, durante los meses comprendidos en el periodo en evaluación.

3/ Se calcula como el promedio simple de la ejecución de las AO/Inversión respecto a su meta semestral, agrupadas por AE. Los cálculos consideran sólo a las AO que cuentan con meta física en el semestre.

4/ Se calcula como el promedio simple de la ejecución de las AO/Inversión respecto a su meta anual, agrupadas por AE. Los cálculos consideran sólo a las AO que cuentan con meta física en el periodo en evaluación.

Fuente: Información del aplicativo CEPLAN V.01.



Comentarios a la Tabla N° 2

En la Tabla N°2: Ejecución del POI Modificado por elementos del PEI, se puede observar la relación del POI Modificado con los Objetivos Estratégicos del PEI, interrelacionando la prioridad con el número de actividades operativas, financiamiento y ejecución de metas físicas en el primer semestre 2021

Así tenemos que en el OEI.01 Prevenir vigilar controlar y reducir el impacto de las enfermedades daños y condiciones que afectan la salud de la población con énfasis en las prioridades nacionales, en la AEI 01.09 Prevención; detección; atención y vigilancia integral de los factores de riesgo relacionados al medio ambiente que afectan la salud de la población; implementados con eficiencia, con 3 AO la ejecución física alcanzo el 104%, luego se encuentra la AEI.01.07 prevención; detección precoz y atención integral; por curso de vida; de problemas de salud mental; con énfasis en el ámbito intrafamiliar y comunitario; y en la violencia y adicciones, con 13 AO y ejecución física de 96%, la AEI 01.01 vacunación completa en niñas y niños menores de 15 meses de edad; y en niñas entre 9 y 13 años; con coberturas óptimas, con 8 AO alcanzo el 94%, la AEI 01.05 prevención; detección precoz y atención integral oportuna de la anemia en niñas y niños menores de 36 meses; mujeres adolescentes y gestantes; y de la desnutrición crónica infantil, con 2 AO logró el 75%, la AEI 01.02 Prevención y control de enfermedades transmisibles fortalecidos con énfasis en las prioridades sanitarias nacionales, con 91 AO alcanzaron una ejecución física de 74% y la AEI 01.06 prevención; detección precoz y atención Integral; por curso de vida; de enfermedades no transmisibles con énfasis en las prioridades sanitarias nacionales, con 93 actividades operativas y con una ejecución física de solo 48%. El OEI 01 alcanzó un promedio en ejecución física de 82% es decir "regular"

En el OEI.02 Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en Redes Integradas de Salud; centradas en la persona; familia y comunidad; con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la AEI 02.09 acciones preventivas y promocionales incorporadas en la atención de salud en todos los niveles, con 2 AO logró una ejecución física de 126%, la AEI 02.08 provisión segura; oportuna y de calidad de sangre; hemocomponentes y hemoderivados; así como de órganos; tejidos y células para trasplantes; mediante sistemas eficientes, con 2 AO alcanzó el 85%, la AEI 02.04 atención de urgencias y emergencias médicas; eficiente y oportuna, con 9 AO ejecutó el 76% y la AEI.02.03 Redes Integradas de Salud implementadas progresivamente a nivel nacional, con 82 actividades operativas obtuvo una ejecución física de 72% ; logrando n promedio el OEI 02 el 89% "Regular"





En el OEI.04 Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión Pública, la AEI 04.03 asignación y gestión del presupuesto público eficiente y orientado a resultados en el sistema de salud, con 5 AO alcanzó el 100%, la AEI 04.05 sistema de control interno; plan de integridad y lucha contra la corrupción fortalecido, con 3AO obtuvo una ejecución física del 100% y la AEI 04.02 gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados, con 53 AO alcanzó el 76% de ejecución física; en el semestre el OEI 04 logró la ejecución física en promedio del 92% vale decir "bueno"

En el OEI.05 Mejorar la gestión y el desarrollo de los recursos humanos en salud con énfasis en competencias; y la disponibilidad equitativa en el País, podemos advertir que solamente cuenta con la AEI.05.01 plan de dotación de recursos humanos en salud acordado con gobiernos regionales; implementado, con 1 AO, habiendo alcanzado el 100% de ejecución física, entonces el OEI 05 alcanzó el 100% es decir "bueno"



En el OEI.08 Fortalecer la Gestión del Riesgo y defensa ante Emergencias y Desastres, podemos observar que se encuentra integrada por dos acciones estratégicas, la AEI.08.04 Entrenamiento en habilidades para la prevención y reducción de la vulnerabilidad y aumento de la resiliencia; de las comunidades organizadas frente al riesgo de desastres; fortalecido, y cuenta con 5 actividades operativas, habiendo alcanzado el 70% de la ejecución física, y un la AEI. 08.05 Gestión y comunicación eficiente y oportuna al COE salud de la información de casos de emergencias masivas y desastres fortalecida, cuenta con 1 AO, habiendo alcanzado el 100% de ejecución física; en promedio el OEI 08 alcanzó el 85%, es decir "regular"





EVALUACION POR CENTRO DE COSTO

Tabla N°4 Avance de la ejecución del POI Modificado por centros de costo

Código	Centro de Costo	N° de AO/Inversión 1/	Seguimiento Financiero 2/	Ejecución Física		
				1° Semestre 3/	2° Semestre 1/	Anual 4/
01	DIRECCION EJECUTIVA	1	31,186	138 %	90 %	100 %
01.01	UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO	8	431,340	74 %	100 %	93 %
01.02	ASESORIA LEGAL	5	44,520	99 %	113 %	106 %
02	OFICINA DE ADMINISTRACION	10	11,935,668	100 %	91 %	92 %
02.04	UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES	5	2,988,528	103 %	107 %	105 %
03	ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL	3	78,113	100 %	100 %	100 %
05	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	5	271,200	100 %	122 %	111 %
06	UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL	9	1,084,515	101 %	98 %	99 %
10	DEPARTAMENTO DE MEDICINA	12	3,743,657	41 %	83 %	53 %
10.01	SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	36	576,950	73 %	57 %	56 %
10.02	SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA	27	2,149,865	66 %	93 %	70 %
10.03	SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	24	119,949	46 %	122 %	58 %
10.04	SERVICIOS DE PSIQUIATRIA	12	522,859	94 %	91 %	91 %
11	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA	33	3,871,518	25 %	646 %	39 %
12	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	15	7,510,719	56 %	141 %	86 %
12.01	SERVICIO DE NEONATOLOGIA	30	1,419,390	84 %	90 %	85 %
13	DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA	48	8,115,709	75 %	110 %	84 %
13.02	SERVICIO DE OBSTETRICIA	21	221,618	54 %	98 %	60 %
14	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	17	1,048,272	88 %	106 %	97 %
15	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	17	3,347,448	81 %	160 %	88 %
16	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS	19	22,988,569	63 %	103 %	78 %
16.1	SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS	1	1,206,562	100 %	100 %	100 %
17	DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIR.	3	3,204,592	99 %	101 %	100 %
18	DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA	2	443,434	85 %	100 %	93 %
19	DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES	2	3,555,304	92 %	100 %	96 %
20.01	SERVICIO DE PSICOLOGIA	2	913,157	111 %	87 %	100 %
20.02	SERVICIO SOCIAL	5	256,642	66 %	109 %	77 %
20.03	SERVICIO DE NUTRICION	5	2,763,093	101 %	98 %	143 %
20.04	SERVICIOS DE FARMACIA	1	2,815,415	109 %	185 %	141 %
	TOTAL	382	87,725,693			

1/ Se contabilizan AO/Inversiones con meta física anual mayor a cero.

2/ Sumatoria del seguimiento financiero de AO/Inversiones, durante los meses comprendidos en el periodo en evaluación.

3/ Se calcula como el promedio simple de la ejecución de las AO/Inversión, respecto a su meta semestral, agrupadas por CC.

4/ Se calcula como el promedio simple de la ejecución de las AO/Inversión, respecto a su meta anual, agrupadas por CC.

Fuente: Información del aplicativo CEPLAN V.01.



En la tabla N° 4 Avance de la ejecución del POI Modificado por centro de costo; se detalla el seguimiento financiero y la ejecución física correspondiente al primer semestre 2021, como se puede observar el rango se encuentra entre 138% y el 25% en ejecución física. La evaluación se realiza por número de actividades operacionales que corresponden a cada Centro de Costo, seguimiento financiero a nivel de devengado es decir el gasto realizado por toda fuente de financiamiento en las actividades operativas que corresponden a cada Centro de Costo y en ejecución física, tomando como referencia el primer semestre

Por tanto lo que podemos apreciar en la tabla, a nivel de Centro de Costo el mayor porcentaje de ejecución física corresponde a la Dirección Ejecutiva, con 1 AO que equivale al 138% y ejecución financiera de S/. 15,851.00, luego sigue el Servicio de Psicología, con 2 AO con el 111% y ejecución financiera de S/. 560,402.00, seguidamente el Servicio de Farmacia, con 1 AO con el 109% y ejecución financiera de S/. 1, 549,374.00, después la Unidad de Servicios Generales, con 5 AO y el 103% y ejecución financiera de S/. 1, 407,829.00, luego la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, con 9 AO con el 101% y ejecución financiera de S/. 608,544.00, seguidamente el Servicio de Nutrición, con 4 AO y el logro de 101% y ejecución financiera de S/. 755,234.00, sigue la Oficina de Administración, con 9 AO alcanzando el 100% y ejecución financiera de S/. 4, 219,815.00, el Órgano de Control Institucional, con 3 AO alcanzando el 100% y ejecución financiera de S/. 37,034.00, la Oficina de Planeamiento Estratégico, con 5 AO logrando el 100% y ejecución financiera de S/. 155,567.00, continua el Servicio de Cuidados Críticos, con 1 AO alcanzando el 100% y ejecución financiera de S/. 564,890.00, seguidamente se encuentra Asesoría Legal, con 5 AO y logró el 99%, ejecución financiera de S/. 21,264.00, el departamento de anestesiología y centro quirúrgico, con 3 AO alcanzó el 94% y una ejecución financiera de S/. 1, 395,467.00, el Servicio de Psiquiatría, con 2 AO alcanzó el 94% y una ejecución financiera de 293,588.00; el departamento de diagnóstico por imágenes, con 2AO logró el 92% y una ejecución financiera de S/. 1,691,659.00, el departamento de odontoestomatología con 17 AO logró el 88% y en ejecución financiera S/. 545,098.00, el departamento de patología clínica y anatomía patológica con 2 AO alcanzó el 85% y ejecución financiera de S/. 200,422.00. Como se puede verificar en la tabla N°4 los demás Centro de Costos lograron menor al 85% de ejecución de la meta física programada

Como se observa en la tabla N°4, hay 10 centro de costos del Hospital Carlos Lanfranco que lograron más del 100% de ejecución física, es decir que ejecutaron todas las metas programadas, debemos mencionar que en el marco de la Resolución Ministerial N° 343-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 262-MINSA/2019/OGPPM, "Directiva Administrativa para la Elaboración, Aprobación, Seguimiento, Evaluación y Modificación del Plan Operativo Institucional del Pliego 11: MINSA", se realizaron las modificaciones o ajustes a la





programación de metas físicas que tuvieron tendencia decreciente debido a la pandemia del coronavirus, ya que por política de estado se determinó el confinamiento que obligo a la población a no salir de sus hogares, lo cual redujo drásticamente la demanda de los servicios de salud en consultorios externos

MEDIDAS COVID 19

➤ ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA CONTRARRESTRAR EL COVID 19

- Inmunización de todo el personal de salud del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz con la vacuna covid 19.
- Diferenciación de personal para atención de parto COVID con toda la medida de bioseguridad
- Mejorar la infraestructura, distribución de las camas hospitalarias actual con atención diferenciada de pacientes Covid-19
- Se están realizando teleconsultas a través del sistema de referencias y atenciones en el servicio de endocrinología
- Ejecución de la tele orientación por parte de terapia ocupacional para discapacidades mentales y sensoriales para evitar contacto debido al Covid 19
- Contratación de personal Técnico de Laboratorio para procesar los exámenes de los pacientes COVID 19
- Al mes de Marzo hemos logrado ejecutar un 69,9% de intervenciones quirúrgicas de emergencia, habiéndose efectuado cirugías programadas en un 100% teniendo las medidas de bioseguridad en el contexto del estado de emergencia por COVID 19
- Todo paciente con sospecha de diagnóstico COVID, ingresa a centro quirúrgico con prueba rápida o antigénica, además todo paciente que ingresa con diagnóstico de COVID IgM (reactivo), a su egreso de SOP pasa inmediatamente a monitorización externa en zona de aislados (legado COVID)
- Además, cuenta con un área de hospitalización para brindar atención de recién nacidos de madres con diagnostico SARS-COV 2 COVID-19
- Se cuenta con atenciones vía telefónica a través del sistema de Teellamada o Tele orientación
- Elaboración semanal de la sala situacional de COVID-19 para la toma de decisiones respecto al avance de la pandemia en nuestra institución





➤ **PRESUPUESTO ASIGNADO Y MODIFICADO**

ACTIVIDAD 5006269 PREVENCIÓN, CONTROL, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CORONAVIRUS, el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz cuenta en su presupuesto inicial modificado (PIM) la cantidad de S/. 12,271,303.00, desagregado por fuente de financiamiento de la siguiente manera: Recursos ordinarios S/. 6,331,106.00, en Recursos Por Operaciones Oficiales de Crédito S/. 4,012,742.00, en Donaciones y Transferencias S/. 1,927,455.00

En cuanto a la ejecución podemos observar que se desagrega por fuente de financiamiento a nivel de devengado de la siguiente manera: Recursos ordinarios S/. 6,080,852.00 que equivale al 96.0%, en Recursos Por Operaciones Oficiales de Crédito S/. 3,101,310.00 que equivale al 77.3% y en Donaciones y Transferencias S/. 981,648.00 que equivale al 26.6%

El gasto está orientado dentro de lo establecido en normas vigentes, en las genéricas de gasto: Personal y Obligaciones Sociales S/. 1,844,340.00 y Bienes y Servicios S/. 7,849,725.00

➤ **POBLACION BENEFICIADA POR LAS MEDIDAS**

La Unidad Ejecutora 036-522 Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, ha orientado el gasto especialmente al financiamiento de las actividades que por Ley le corresponde atender de acuerdo al nivel II-2, otorgado por la DIRIS Lima Norte mediante Resolución Administrativa N° 160-2019-MINSA/DIRS-LN/6, actividades que pertenecen a los hospitales de mediana complejidad; así mismo en cumplimiento de normas establecidas se atiende preferentemente a toda persona que cuente con el Seguro Integral de Salud financiando en la mayoría de casos el 100% las atenciones, es decir atención gratuita a todos los asegurados SIS. Durante la pandemia del COVID 19 a orientado sus actividades a nivel especializado en la función de Recuperación y Rehabilitación de todo paciente de cualquier edad y de ambos sexos, que acude a los diferentes servicios para el control, recuperación y rehabilitación de su salud, atendiendo las 24 horas durante los 365 días del año





EVALUACION DE LOGROS Y BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS

PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0001. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

LOGROS ALCANZADOS

- Mejora en coordinación del trabajo con equipo de coordinadores de DIRIS L.N. para derivación de pacientes
- Capacitación de todo el personal profesional involucrado de Inmunizaciones en el tema VACUNACIÓN SEGURA, para evitar posibles ESAVI.
- Se cuenta con abastecimiento de vacunas durante el primer trimestre 2021 por DIRIS.
- Equipo de Cadena de Frio en buenas condiciones y suficiente para desarrollar la actividad
- Inmunización de todo el personal de salud del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz con al vacuna covid 19.

PROBLEMAS PRESENTADOS

- Debido a la emergencia sanitaria no está realizando tamizaje de anemia, ya que no se cuenta con un personal exclusivo para dicha actividad, y si se realizara en el hospital sería un riesgo para los niños, niñas y gestantes, ya que por motivo de pandemia se evita dicha concurrencia.
- La cantidad de niños suplementados, no es la que espera. Por motivo de la emergencia sanitaria, las atenciones sean han visto reducidas.
- La cantidad de gestantes suplementadas no es la esperada, ya que en estos meses por motivo de la emergencia sanitaria, no se atendió en consultorios de nutrición, ni consultorio de control prenatal.
- No se está realizando sesión educativa ni demostrativas
- Dificultad para realizar las citas para la atención de los pacientes a falta de teléfono en el mes de marzo.
- Ambiente inadecuado de los consultorios de CRDE-Inmunizaciones.
- Falta de personal profesional para la atención de pacientes y cumplimiento de metas.
- Incremento de pacientes en EDA sin complicación superando las meta programada atendidos por emergencia.
- Atención de pacientes del primer nivel en casos de EDAS sin complicaciones refiriendo que no son atendidos en sus centros de salud.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

- Implementación con divisiones adecuadas de los Consultorios de CRED-Inmunizaciones para la atención de pacientes de acuerdo a normativa.





- Coordinar con la DIRIS para mejorar la atención en el primer nivel de la zona de cercana al hospital en razón que los casos de Inmunizaciones, EDA sin complicación sean atendidos por ellos.
- Mejorar el medio de comunicación (teléfono) para las citas de atención de los pacientes.
- Contratación de recurso humano profesional que falta para el cumplimiento de metas.

PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0002. SALUD MATERNO NEONATAL

LOGROS ALCANZADOS.

- Las intervenciones de AQV Bloqueo Tubarico Bilateral se llegó a un 27% y el método hormonal de Implante siendo 44%.
- Se logró 28% en brindar consejería en salud reproductiva a todo usuario que requiere una atención de los servicio puerperno, Post Aborto de hospitalización y consulta externa.
- Monitoreo y seguimiento de la Historia Clínica Perinatal de emergencia para todos los usuarios que son atendidos en el hospital.
- Se cuenta con jeringas de karman y cánulas para la atención de los abortos incompletos con procedimiento AMEU.
- Diferenciación de personal para atención de parto COVID con toda la medida de bioseguridad.
- Identificación y manejo de complicaciones maternas en el parto evitando muertes maternas
- Identificación de complicaciones perinatales, previniendo la mortalidad perinatal.
- Se cuenta con las claves de emergencia roja, azul, amarilla a disponibilidad en el centro obstétrico, ARO; Hospitalización y emergencia supervisada por ronda de calidad.
- Los partos por vía alta cesáreas se tienen un 19% siendo (315 partos por cesárea) Incremento de recursos humanos Médicos Gineco Obstetras, para cumplir con las cesáreas programadas.
- Se ha implementado los kits de insumos y medicamentos en coordinación con farmacia.

PROBLEMAS PRESENTADOS:

- No lograr la meta programada debido a la limitación de las atenciones por citas espaciadas y restringidas.
- Entrega de información por parte de Estadística tardíamente.
- Desabastecimiento de anticonceptivos de Píldoras y de inyectables en el mes de febrero y vencimientos próximos.
- Ambiente para atención no cuenta con lavadero de manos y baño por ser reubicado en espacio de atención de adolescente.





- No se cuenta con maquetas de los métodos de planificación familiar para enseñar a los usuarios.
- No se logra la atención en consejería preconcepciones por atención limitada.
- No contar con ambiente para la atención de gestante debido que actualmente funciona emergencia de Gineco-obstétrica.
- Las gestantes con complicaciones son derivadas tardíamente al hospital desde los centros de salud con factores de riesgo prevenibles.
- Infraestructura inadecuada para la atención de las complicaciones, la actividad de atención de hemorragias sin laparotomía, abortos, son atendidos en camillas en el pasadizo del servicio de obstetricia no se cuenta con camas para esa actividad, que muchas veces esta complicada con anemia, infecciones, shock hipovolémico.
- Dificultad en lograr referir a una gestante complicada, a un establecimiento de mayor nivel por la patología que se presenta.
- Sistema de referencias colapsado a nivel nacional.
- No contamos con un banco de sangre Tipo II.
- No se cuenta con salas multifuncionales, para la atención de partos por infraestructura
- Insuficientes equipos biomédicos.
- Camillas de expulsivo en mal estado, peldaños, camilla de transporte, soporte de suero flujometro insuficiente en sala de dilatación y puerperio Inmediato.
- Se cuenta con 3 camas para el puerperio de parto vaginal Covid debido a la reestructuración de área por atención de parto que resulta insuficiente. Grado de ocupación de cama e intervalo de sustitución es menos de 24 horas.
- La atención de parto en Covid-19 requiere de mayor bioseguridad por el personal que labora como RH enfermería que cumple actividades en sala de parto normal y personal de obstetricia tiene que hacer doble función de hospitalización (Capilla) y parto.
- La infraestructura hospitalaria es insuficiente, para la demanda de partos con alguna patología.
- No contamos con salas multifuncionales, y con acompañante, que hay evidencia que disminuyen las complicaciones.
- Falta de bomba de infusión para ARO y Sala de parto para la inducción.
- Se requiere Doppler manual en servicio de dilatación y emergencia.
- No se cuentan con disponibilidad de sala de operaciones por limitación por los exámenes de laboratorio prueba Covid.
- Deficiente ambiente y camas de recuperación para las pacientes Covid-19 de cesáreas.
- Complicaciones de morbilidad materna, perinatal por la demora en realizar la intervención.





- Faltan recursos médicos ginecólogos, pediatras, neonatólogos, asignados a la actividad.
- No se brinda atención de control de puerperio debido a falta de consultorio no llegándose a cubrir la meta del I trimestre.
- Consejería de la puérpera vía atención remota.
- La principal complicación son las infecciones de heridas operatorias post Cesárea.
- Infraestructura de tópico inadecuada e insuficiente para la atención de complicaciones.
- No se tiene reporte de egresos de UCI a estadística , es difícil contar la información
- No se cuenta con suficiente especialistas en UCI para la actividad ya que refirieron hospital de mayor complejidad
- Es una UCI general que solo cuenta con tres camas
- No se cuenta con banco de sangre para disponer de hemoderivados a tiempo.
- Insuficiente Equipo biomédico, ropa, insumos y materiales
- Los problemas que continuamente se presentan en la atención del recién nacido es la necesidad de infraestructura, personal médico, enfermera y técnicas,
- Falta de renovación y mantenimiento de equipos biomédico, (ventilador mecánico, servocuna) abastecimiento de insumos.
- No se cuenta con un personal de Enfermería responsable para que se Cumpla las actividades operativas, actividades de coordinación y seguimiento.
- Hacinamiento de la unidad, no se cuenta con un ambiente de almacén para los equipos que no están en uso.
- No se cuenta con un ambiente adecuado para la desinfección de equipos y materiales.
- Renovación y mantenimiento de equipos biomédico y mobiliario servocunas, monitores, aspiración de secreciones, balanzas neonatales etc.
- Implementar calefacción y mezclador de aire y oxígeno en el área de atención inmediata del recién nacido de parto normal y sala de operaciones
- Deficiencia de abastecimiento de insumos biomédicos
- No se cuenta con el equipo de profesionales especialistas Medico y enfermera
- Contratación de personal sin experiencia por deserción del personal que se capacita y se van en busca de mejores condiciones laborales.
- No se cuenta con un personal Médico y técnico exclusivo para el área de alojamiento conjunto y atención del recién nacido en parto normal.
- Mantenimiento y reposición de equipos pendientes (incubadoras estacionarias, mezcladores de oxígeno (blender), servo cunas).
- Falta oxígeno medicinal para la administración adecuada de oxígeno.
- Personal médico especializado insuficiente para el cumplimiento de las actividades de neonatos que requieren atención en cuidados intensivos neonatales





- Incremento de prematuros en la UCI el cual aumenta las necesidades de mayor complejidad como es insumos, equipamiento, infraestructura personal capacitada.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

- Establecer coordinaciones permanentes para el trabajo remoto con las obstetras que se encuentran en licencia temporal para el seguimiento de los usuarios ya sea púerperas, consejería gestante de riesgo reproductivo.
- Se estableció coordinaciones para manejo de abastecimiento de insumos en diferente servicio de obstetricia y el prestador de atención realice su HIS.
- Implementar material educativo dirigido a todo público, para informar sobre los métodos anticonceptivos modernos mediante.
- Adquisición de maquetas y elaboración de rotafolio para difusión en todos servicios y brindar la consejería en salud reproductiva.
- Continuar informando la actividad Planificación Familiar y coordinando con estadística para cruce de datos.
- Coordinar referencias oportunas con los establecimientos de salud, mediante atención remota.
- Adquisición de material biomédico con presupuesto de PPR-02.
- Contratación de Recursos profesional Ginecólogos obstetras y personal técnico.
- Mejorar la infraestructura, distribución de las camas hospitalarias actual con atención diferenciada de pacientes Covid-19.
- Coordinación del equipo multidisciplinario responsable de la atención de gestantes hospitalizadas y las de emergencias.
- Gestionar la implementación de un banco de sangre tipo II.
- Coordinar e intervenir mediante reuniones con director con DIRIS para que personal de los establecimientos de salud se actualicen en identificar las complicaciones, y deriven oportunamente con referencia y coordinada.
- Coordinar con instancias superiores las referencias de morbilidad materna extrema sean aceptadas inmediatamente para así evitar el deterioro de la salud de la gestante y del recién nacido.
- Mejorar la infraestructura de los ambientes de atención a las púerperas
- Adecuar las salas de partos para la atención con acompañante.
- Actualizar la guía procedimiento y manual de procedimientos.
- Ejecutar el gasto presupuestal en las necesidades para el cumplimiento de la meta.
- Establecer las salas multifuncionales, para la atención de partos.
- Cambiar las camas de atención de partos deterioradas.
- Contratación de Recursos profesional y técnico.





- Adecuar las salas de partos para la atención con acompañante.
- Actualizar el manual de procedimientos y guía de procedimiento.
- Reposición de equipo biomédicos las camillas de atención de partos.
- Implementar disponibilidad de sala de operaciones con todo el equipo para atender las cesáreas de emergencia.
- Implementar cunas en neonatología, y camas de recuperación.,
- Gestionar la disponibilidad de sangre, implementando un banco de sangre tipo II.
- Incremento de recursos humanos Médicos Gineco Obstetras, para cumplir con las metas programadas.
- Coordinar con la Red de Salud para que las púerperas de parto quirúrgico su control de puerperio lo realicen en el hospital vía remota.
- Capacitar la codificación correcta de la actividad en el HIS.
- Enfocar temática de Lactancia Materna por parte de todos los profesionales capacitados.
- Coordinación con telesalud para atención oportuna de esta actividad.
- Reconocer rápidamente la complicación del puerperio para la correcta derivación de los establecimientos de salud
- Capacitar a los profesionales de los establecimientos de salud en la identificación de complicaciones.
- Adecuar y mejorar la infraestructura para poder atender las complicaciones en hospitalización.
- Mejorar los registros de egresos de la historia clínica del paciente que sale de UCI.
- Gestionar la implementación del banco de sangre tipo II
- Contratar más profesionales especialistas en UCI
- Disponer más camas para UCI para gestantes
- Mejorar la disponibilidad de equipos biomédicos insumos y materiales para atender a las gestantes.
- Informe de la situación actual de los equipos biomédicos al Jefe del Departamento de Pediatría y Jefe de la Unidad de Mantenimiento.
- Coordinación con el SIS para la auditoria de las historias clínicas
- Requerimiento de equipos y mobiliario como incubadoras, lámparas de fototerapia.
- Requerimiento de mantenimiento de equipos (incubadoras de transporte).
- Contratación de especialista de neonatología
- Requerimiento y seguimiento de insumos, mantenimiento de ventilador mecánico, equipos y mobiliario.
- Elaborar un sistema informático específico para el servicio de Neonatología que facilite la gestión del servicio y la disponibilidad de la información por parte de estadística.





- Solicitar insumos que se utilizan en la unidad de acuerdo a la necesidad del servicio (surfactante, CPAP, catéter percutáneo, línea para bomba de infusión, Líneas de jeringa calentador de fluidos, etc).

PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0016 TBC-VIH/SIDA

LOGROS ALCANZADOS

- Apertura del funcionamiento del equipo GENEXPERT para toma de muestras de carga viral para VIH en nuestra institución.
- Sensibilización del personal en el manejo de la atención a pacientes con infecciones crónicas en tiempos de pandemia.
- Evaluación de DIRIS para de certificación del hospital como próximo Centro de Referencias de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (CERITSS)
- Se realizado captación de sintomáticos respiratorios a pesar que los paciente tengan temor por COVID19.
- Seguimiento del número de casos tamizados para VIH, Hepatitis, Sífilis en laboratorio para registrarlos en HIS.
- Atención permanente de pacientes con VIH, con la bioseguridad correspondiente bajo la modalidad presencial.
- Cabina de flujo laminar actualmente operativa para procesamiento de muestras de TBC.
- Personal de salud sensibilizado en el uso de respiradores.

PROBLEMAS PRESENTADOS

- La emergencia sanitaria por COVID-19, continúa ocasionando que las atenciones de control pre natal a gestantes afectadas con VIH y Hepatitis en consulta externa sigan suspendidas presencialmente.
- Entrega de medicamentos retrovirales del 1º trimestre por parte de CENARES en forma restringida debido a la pandemia del COVID-19 que retrasa las gestiones a nivel nacional.
- No se contó con pruebas para descarte de Hepatitis C durante el primer trimestre.
- Demora en la entrega de requerimientos de insumos para laboratorio.
- Falta de personal de salud en PCT para captación de sintomática respiratorio.
- Ambiente inadecuado para realizar la toma de muestra y la consejería adecuada.
- La emergencia sanitaria por COVID-19, continúa ocasionando que las atenciones en consulta externa (neumología,) sigan suspendidas presencialmente.
- Atención suspendida de consultorios externos de neumología de manera presencial.
- No se brinda control pre natal a gestantes diagnosticadas con VIH, Sífilis y Hepatitis B.





- Entrega de medicamentos retrovirales del 1º trimestre por parte de CENARES en forma restringida debido a la pandemia del COVID-19 que retrasa las gestiones a nivel nacional.
- Horario restringido para la toma de muestras de carga viral y PCR a usuarios de VIH.
- No se contó con pruebas para descartar de Hepatitis C durante el primer trimestre.
- Equipo GENEXPERT fuera de funcionamiento por estar ubicado en zona COVID hasta mediados de año, posterior a su apertura faltó cartuchos para continuar.
- Cabina de flujo laminar no operativa hasta fines de año.
- Profesional infectólogo y neumólogo insuficiente para atención de demanda.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Coordinación con jefe de departamento de Gineco obstetricia para apertura de control pre natal a través de consultorios de urgencias (opción).
- Se coordinó con jefatura de laboratorio reprogramación de su personal para cubrir demanda de análisis solicitados a los usuarios de componente VIH.
- Socializar la importancia del trabajo multidisciplinario a las jefaturas de consultorio externo y departamento de medicina.
- Mantener coordinación permanente con los jefes de las unidades de costo (Medicina y Gineco obstetricia)
- Realizar seguimiento de requerimiento de insumos y equipos para fortalecer Laboratorio.
- Permanente coordinación con la unidad de Planeamiento para orientación y seguimiento presupuestal.
- Reubicar en un ambiente ventilado y exclusivo para las personas que acuden a PCT.
- Coordinar capacitación para los responsables de Programas Presupuestales para manejo adecuado y técnico del mismo.
- Continuar trabajando con los educadores de pares con la tele orientación de los usuarios de estrategia de VIH.
- Coordinar con DIDIRS LIMA NORTE para que las gestantes afectadas con VIH, Sífilis y Hepatitis B, continúen control de embarazo en los centros materno infantiles.
- Trabajar en coordinación con las responsables de los componentes de VIH y TBC.
- Reunión de coordinación con personal de TBC para evaluar avance de metas que no coinciden con lo programado.
- Realizar seguimiento de requerimiento de insumos y equipos para fortalecer Laboratorio.





PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0017. ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y ZONOSIS

PROBLEMAS PRESENTADOS

- Deficiente registro en las historias clínicas y otros formatos auxiliares, necesarios para el seguimiento e investigación de pacientes.
- No se cuenta con acceso a las bases de datos que permita la explotación de los datos en función a la información que necesita el PP017.
- No se cuenta con acceso para la revisión de resultados de laboratorio del INS y de la DIRIS Lima Norte.
- Falta de vestuario y equipos de protección (chaqueta, pantalón y respirador de doble filtro) para el personal de control de vectores.
- Deficiente limpieza y desinfección de mobiliarios (colchonetas, camas y camillas etc) por falta de personal técnico de enfermería.
- Ambientes y/o servicios hacinados por covid-19 con infraestructura deteriorado.
- Dpto. de laboratorio se encuentra funcionando en un ambiente improvisado de material de madera, no cuenta con lavaderos ni servicio higiénico para el personal.
- Demoras en los trámites administrativos para la adquisición de materiales e insumos para el desarrollo de las actividades.
- Limitada atención de enfermedades Metaxénicas y zoonóticas por la pandemia covid-19 por no estar dentro de las prioridades.



ALTERNATIVAS DE SOLUCION



- Sensibilización vía telefónica al personal asistencial responsable de realizar los registros en las historias clínicas en el correcto llenado de las mismas
- Poner a disposición las bases de datos para la consulta correspondiente y así mantener la información actualizada y cumplir con los requerimientos de información a las instancias superiores
- Implementar con vestuario y equipo de protección al personal de control de vectores.
- Incluir en el Plan Anual la contratación de personal para limpieza y desinfección de camas, camillas y manejo de mortuario.
- Colocación de lavaderos portátil, jabón y papel en área de toma de muestra covid-19.
- Agilizar los trámites para la adquisición de materiales del programa, a fin de evitar el desabastecimiento para el desarrollo de las actividades.
- Se debe realizar coordinaciones periódicas con las áreas usuarias a fin de priorizar las necesidades de acuerdo a los requerimientos de materiales, insumos y otros.
- Programación de reuniones con los jefes de centros de costos para la sostenibilidad de las actividades.



PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PROBLEMAS PRESENTADOS

- En el mes de enero y febrero se estaban realizando citas programadas en forma limitada en los servicios de oftalmología por consultorios externos. Solo se atiende paciente por emergencia.
- No se están realizando operaciones de cataratas y Pterigion.
- No se está realizando ejecución del presupuesto, ni requerimientos.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Se están realizando teleconsultas a través del sistema de referencias y atenciones en el servicio de endocrinología
- Se coordina con el jefe de oftalmología para la reactivación de consultorio externo en forma de limitadas a partir del mes de junio del presente año.

PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0024. PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER

PROBLEMAS ALCANZADO

- Falta de apertura de la consulta externa especializada, como Displasia Ginecológica y Gastroenterología, no permite atender las referencias desde el primer nivel.
- Falta de infraestructura necesaria para brindar atenciones en el circuito NO COVID.
- Por la pandemia COVID-19 gran parte de los recursos humanos continúan en aislamiento por factores de riesgo, y los demás han sido reubicados en actividades COVID-19.
- No se dispone de exámenes de ayuda al diagnóstico, como mamografía, tomografía, resonancia o tipificación del PVH, lo que nos motiva a referir a los pacientes al tercer nivel de atención, perdiendo la oportunidad de diagnosticar oportunamente los casos de neoplasias malignas.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

- Disponer de presupuesto necesario para cubrir las necesidades de contratación de recursos humanos, en especial Displasia Ginecológica.
- Se sugiere el trabajo conjunto con el área responsable de elaborar los Planes de Equipamiento, para la implementación de equipos de ayuda al diagnóstico, como mamógrafo, tomógrafo, micrótopo o para la tipificación del PVH.
- Fortalecer las capacidades del personal de Logística, Programas Presupuestales y Departamentos asistenciales para agilizar los procesos de requerimientos-adquisición de insumos.
- El avance de las actividades de diagnóstico del cáncer está sujetas a la demanda, incidencia en la población y la disponibilidad de los resultados de la biopsia.





PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0068. REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS POR DESASTRES.

LOGROS ALCANZADOS

- Cumplimiento del funcionamiento del centro de operaciones de emergencia (COE), con la finalidad de realizar el monitoreo de peligros, peligros inminentes, emergencias y desastres durante las 24 horas, los 365 días del año, a fin de obtener, recabar y compartir información que requieran las autoridades encargadas de conducir o monitorear emergencias (DIGERD), en el marco de la R.M. N° 628-2018/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 250-2018-MINSA/DIGERD.
- Se realizó la simulación de sismo en el HCLLH, aplicando el Plan de Respuesta Hospitalaria
- Se realizaron coordinaciones con DIRIS lima norte para la capacitación de los brigadistas hospitalarias con el Hospital Cayetano Heredia en coordinación con la Municipalidad de Lima

PROBLEMAS PRESENTADOS

- Suspenden la ejecución de simulacros y simulaciones aprobados mediante R.M. N° 023-2019-PCM, en tanto se encuentre vigente la Declaratoria de Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19 Resolución Ministerial N° 115-2020-PCM

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Demora en la presentación de expedientes e informes de la unidad de servicios generales en los mantenimientos de equipos, ambientes de áreas críticas para: Mantenimiento de los calderos, Mantenimiento de los ambientes en áreas críticas, mantenimiento de las luces de emergencia, certificar la recarga de extintores, señalización.

PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0104. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y URGENCIAS MÉDICAS

PROBLEMAS PRESENTADOS

- Déficit de personal especialista (Médico Emergenciólogo, médicos Intensivistas y médicos Internistas), para el cumplimiento de metas físicas: de Atención de la Emergencia Especializada y Atención de la Emergencia de Cuidados Intensivos.
- El área de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto NO COVID es habilitada para la atención del paciente críticos de COVID 19 con todo el equipamiento correspondiente.
- Se cuenta con presupuesto menor a lo programado para cumplir con las actividades de equipamiento y mantenimiento de equipos biomédicos.





- Falta personal de la Salud para el traslado de pacientes de emergencia en Transporte Asistido de la Emergencia.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Coordinar con Jefatura de Emergencia para habilitar área de triaje.
- Coordinar con Jefatura para la contratación de personal especialista para el cumplimiento de Metas Físicas.

PROGRAMA PRESUPUESTAL: 129. PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

LOGROS ALCANZADOS

- Atenciones de procedimientos terapéuticos presenciales para discapacidades físicas en el primer mes del año 2021.
- Se realiza tele orientación.
- Evaluación, emisión y entrega de certificaciones a los usuarios con discapacidad.
- Ejecución de la tele orientación por parte de terapia ocupacional para discapacidades mentales y sensoriales.
- Emisión de certificados de discapacidad para CONADIS.

PROBLEMAS PRESENTADOS

- Falta de presupuesto para realizar las remodelación para el servicios de terapia física y rehabilitación.
- El cambio de local y los trabajos de separaciones de áreas aun sin culminar lo que ocasionado tener un receso para la atención.
- No se ha designado presupuesto para la actividad.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

- Se solicita presupuesto a la actividad.
- Estudio Técnico para la ejecución de las separaciones y remodelaciones en el nuevo local para el desarrollo de las actividades del servicio.

PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0131. CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

LOGROS ALCANZADOS

- Las fichas de tamizajes son realizadas al 100% a todos los pacientes atendidos por los psicólogos programados, se observa que se supera la meta establecida, porque se mejoró en el registro del His.
- Se observa avance al 100% de meta establecida hasta el mes de mayo para la actividad Tratamiento especializado en violencia familiar debido a que 02 psicólogas se encuentran programadas para la atención en consultorios externos.

PROBLEMAS PRESENTADOS





- Para la atención de la actividad Tratamiento ambulatorio de niños y niñas y adolescentes por trastorno se observa que no se logra llegar a la meta establecida debido a que hasta hace dos meses aproximadamente solo se contaba con una psicóloga para la atención.
- No tenemos material logístico.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Sensibilizar al área de Planeamiento y ejecución para la adquisición de materiales de oficina, formatos de tamizaje, historias psicológicas.

ACCIONES CENTRALES

ACTIVIDAD OPERATIVA: 5000003. GESTION ADMINISTRATIVA

LOGROS ALCANZADOS

- Reorganización de los equipos de trabajo para mejorar la información

PROBLEMAS PRESENTADOS

- Departamento, Oficina, Unidad y Servicio no toman interés en presentar las capacitaciones contantes para el fortalecimiento de sus conocimientos.
- Falta de información oportuna de la unidad de Logística y la unidad personal para elaboración del estado financiero.
- Falta de humanización del personal que lleva a las constantes quejas
- Acciones restringidas por PANDEMIA CORONAVIRUS.



ALTERNATIVAS DE SOLUCION:

- Solicitar a la Dirección Ejecutiva adoptar medidas de corrección con el fin de que las unidad, departamento, oficina, servicios entregue la información de manera oportuna.
- Se ha plantado estrategias para la entrega frecuentes de carta de respuesta a los reclamos.
- Levantar estado de cuarentena.



ACTIVIDAD OPERATIVA: 5000001.PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

LOGROS ALCANZADOS

- Se ha cumplió en el plazo establecido por el MINSa con la aprobación del Plan Operativo Institucional (POI) -Multianual 2022-2024.
- Se ha cumplido en el plazo establecido por el MINSa con la aprobación del Plan Operativo Institucional Modificado V.01
- Se ha cumplido el registro de ideas de Inversión e ICARR para adquisición de equipamiento de laboratorio.



- Se logró coordinar con la Unidades Orgánicas en cuanto a las propuestas de documentos normativos, cumpliendo así con la revisión y aprobación de 03 Directivas Administrativas y 03 Reglamentos.
- Actualizado el tarifario para paciente no SIS.

PROBLEMAS PRESENTADOS:

- Los Programas Presupuestales no presenta a tiempo la información de seguimiento
- Departamento, Oficina, Unidad y Servicio no toman interés en presentar los Planes de Trabajo Anual.
- La Unidad de Estadística e Informática no entrega la información de atenciones en su debido momento en que se le solicita.
- El Internet en la institución no facilita el acceso para realizar los trabajo en CEPLAN V.01 Demora en aprobar notas modificatorias
- Demora en la entrega de información de oficinas y servicios para seguimiento de metas físicas
- En el Área de Costos, los usuarios no participan en el tema de costos
- Actividades restringidas por PANDEMIA CORONAVIRUS.
- Los proyectos de directivas y reglamentos recibidos, no cumplen con la estructura, número, interlineado y tipo de letra, pese a que se cuente con las Normas para Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual fue aprobado mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA



ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:

- Entregar a las coordinadoras la programación enviada por el MINSa para el ingreso de la meta física en el Aplicativo CEPLAN V.01, señalando que no se puede ampliar el plazo de la fecha indicada que anuncia el documento de MINSa.
- Solicitar a la Dirección Ejecutiva adoptar medidas de corrección con el fin de que la unidad de estadística entregue la información de manera oportuna.
- Proponer que la Dirección Ejecutiva recepcione los Planes de Trabajo con el propósito de exigir a todos los Departamentos, Oficinas, Unidades y Servicios que cumplan con la entrega de Planes de Trabajo.
- Exigir a la empresa proveedora del servicio de internet que garantice la velocidad de megas contratada, con fin de facilitar el acceso a la aplicativo CEPLAN V.01.
- Coordinar con el Ministerio de Salud para aprobación oportuna de notas modificatorias
- En el Área de Organización y Métodos, se está trabajando de forma personalizada con los jefes de los Departamentos y/o Servicios para mejorar los resultados.
- Levantar estado de cuarentena





- Reuniones periódicas con los equipos de trabajo con el fin de mejorar la programación y Proyectos de Inversiones.

ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTO

PRODUCTO: BANCO DE SANGRE

LOGROS ALCANZADOS

- Se lograron realizar los diversos análisis en todos los servicios del Departamento de Patología Clínica, Anatomía Patológica y Banco De Sangre.
- Contratación de personal Técnico de Laboratorio para procesar los exámenes de los pacientes COVID 19.
- Adquisición del reactivo de Gases Arteriales y Electrolitos.

PROBLEMAS PRESENTADOS

- Falta de infraestructura adecuada para los servicios de Hematología, Bioquímica, Bacioscopia y Anatomía Patológica, actualmente el personal que procesa la muestra está totalmente hacinado.
- Falta de extracción de aire en todos los ambientes.
- Falta de ambientes para el procedimiento de los análisis de todos los servicios (pre analítica analítica post analítica)
- Falta de mantenimiento de los equipos del Laboratorio en especial las Centrifugas, Microscopios y Autoclaves.
- Falta de equipamiento en todas las áreas del laboratorio en especial Centrifugas de tubos Microscopios binoculares y Congelador de Plasma.
- Falta de ambiente para la toma de muestra de los pacientes de emergencia.
- Falta de mantenimiento de los servicios higiénicos del Laboratorio, siendo perjudicial porque estaríamos hacinados.
- Hospital no cuenta con software que permita conectarnos para emisión de resultados virtuales. Se necesita con urgencia en el área COVID.
- Falta de compra de equipos biomédicos y mantenimiento correctivo de equipos propios (microscopio, autoclaves y centrifugas).
- Falta de compra de equipos biomédicos y mantenimiento correctivo de equipos propios (microscopio, autoclaves y centrifugas).
- Falta de personal profesional (patólogos clínico).

ALTERNATIVAS DE SOLUCION:

- Construcción de nuevos ambientes apropiados para los diferentes servicios del Departamento de Patología Clínica, Anatomía Patológica Y Banco De Sangre.
- Mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos del Departamento.





- Aprobar el plan de equipamiento de equipos biomédicos para el laboratorio en especial Centrifugas – Microscopios.
- Implementación del extractor de aire en todos los ambientes del departamento en especial en el servicio donde se procesa las muestras DE TBC.
- Realizar ejecución de presupuesto para la compra de los reactivos e insumos de los diferentes servicios del Departamento.
- Adquisición de materiales de protección para el personal de laboratorio.
- Mantenimiento correctivo de los servicios higiénicos del laboratorio.
- Se ha implementado parcialmente software de laboratorio (empresa que tiene equipos como dato, con códigos de barras), solo en el laboratorio.
- Se cuenta con equipos automatizados en las áreas de patología clínica y banco de sangre (equipos en calidad en cesión de uso).

PRODUCTO: 5001867 BRINDA UNA ADECUADA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS FARMACEUTICOS

LOGROS ALCANZADOS

- El 115.78 % de ejecución de recetas despachadas correspondiente al II Trimestre hasta el mes de mayo con respecto al año 2021.

PROBLEMAS PRESENTADOS:

En cuanto al Presupuesto:

- Se observa que el PIM se ha ejecutado un gasto de s/ 3,185, 360.00 que representa el 45.60% DEL PIM y teniendo requerimientos pendientes de compra para abastecimiento de la farmacia del año 2021.

En cuanto a Recetas Atendidas:

- Falta de recurso humano para la atención rápida a los pacientes, en los servicios de
- Falta equipo informático, para la atención rápida a los pacientes.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION:

En cuanto a las Recetas Atendidas:

- Priorizar abastecimiento de medicamentos y/o dispositivos médicos, para alcanzar el gasto presupuestal
 - Se viene adecuando el sistema informático que nos permita obtener información oportuna y rápida.

En cuanto al Presupuesto:

- Trabajo en equipo entre las Unidades de Planeamiento, Logística (área de compras) y el servicio de farmacia.

PRODUCTO: MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

LOGROS ALCANZADOS





- Se realizó el mantenimiento del sistema eléctrico en área covid-19 y mantenimiento de sistema sanitario.
- Atención al mantenimiento oportuno pese a situación actual por el covid-19.

PROBLEMAS PRESENTADOS

- No contar con presupuesto al momento de hacer el requerimiento para la compra de materiales y herramienta de gasfitería y electricidad .
- Falta de indumentaria para el personal de limpieza que pese a dicho problema han cumplido al 100% sus actividades, así como algunos materiales y equipos de limpieza.
- Falta de insumos y accesorios para el mantenimiento de los equipos biomédicos.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Priorizar el presupuesto para la compra de materiales y herramienta de gasfitería y electricidad, priorizar la compra de implementos de bioseguridad y herramientas.
- Realizar la compra de la indumentaria necesaria para que el personal de limpieza por bioseguridad
- Priorizar el presupuesto para la compra de accesorios e insumos para el mantenimiento de los equipos biomédicos.

PRODUCTO: 00009 INTERVENCIONES QUIRURGICAS

LOGROS ALCANZADOS

- Al mes de Marzo hemos logrado ejecutar un 69.9% de intervenciones quirúrgicas de emergencia, habiéndose efectuado cirugías programadas en un 100% teniendo las medidas de bioseguridad en el contexto del estado de emergencia por COVID 19.
- Realizamos en su totalidad la atención en el servicio de recuperación, exceptuando a los pacientes con diagnóstico de ingreso como COVID 19 - IgM (reactivo).

PROBLEMAS PRESENTADOS

- Cuenta con una camilla quirúrgica que no permite movilización del paciente según lo requiera el médico cirujano correspondiente.
- La zona asignada para retiro de EPP, posterior a una cirugía COVID es pequeña y por tanto genera aglomeración del personal de salud para el retiro del mismo

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Se habilitó la sala 4, para cirugías de emergencia en pacientes COVID - IgM (reactivo), las salas 1 y 3 son asignadas para la atención de pacientes NO COVID o COVID - IgG (reactivo), la sala 2 es habilitada como almacén de centro quirúrgico.
- Todo paciente con sospecha de diagnóstico COVID, ingresa a centro quirúrgico con prueba rápida o antigénica, además todo paciente que ingresa con diagnóstico de



COVID IgM (reactivo), a su egreso de SOP pasa inmediatamente a monitorización externa en zona de aislados (legado COVID).

- Pacientes que ingresan a SOP emergencia NO COVID o COVID - IgG (reactivo), cuentan con un tiempo de estadía en URPA corto y son desplazados a sus áreas respectivas de hospitalización.
- Hasta la fecha se cuenta con Farmacia en SOP, por lo que facilita el flujo de pacientes en SOP emergencias.

Producto 000099 ATENCION EN HOSPITALIZACION

LOGROS ALCANZADOS

- En el mes de Mayo se inició a la atención Quirúrgica programada en la especialidad de Traumatología y Ortopedia quedando los pacientes hospitalizados.
- Además, cuenta con un área de hospitalización para brindar atención de recién nacidos de madres con diagnóstico SARS-COV 2 COVID-19
- El servicio de Ginecología cuenta con el mayor número de atenciones de pacientes con casos SARS-COV 2 COVID-19, COVID en gestantes.
- El seguimiento, control, y promoción de Lactancia Materna se realiza a través de trabajo remoto.
- El servicio de Recuperación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz actualmente cuenta con 02 camas de UCI NO COVID.



PROBLEMAS PRESENTADOS

- Los servicios de Hospitalización de Ginecología y Pediatría actualmente no cuenta con una infraestructura adecuada y equipos Biomédicos.
- Migración de profesionales de la Salud a otras entidades.
- Actualmente estamos contando con personal profesional con escasa experiencia, mucho de ellos han egresado recién de las Universidades.
- Se realizó rotación de personal de salud en forma frecuente por necesidad de servicio.
- Existe demora en la atención de Interconsultas por falta de especialistas.
- El Servicio de Farmacia Dosis Unitaria realiza la entrega de Medicamentos a destiempo.
- La Unidad de Estadística e Informática entrega información tardíamente.
- El servicio de Hospitalización Medicina- Cirugía cuenta con un número reducido de profesionales médicos especialistas por encontrarse de licencia comorbilidad y vulnerabilidad frente a la Pandemia SARS-COV 2 Covid 19.
- En algunos casos se está transfiriendo a los pacientes a otros nosocomios por falta de capacidad resolutive y falta de equipos Biomédicos.





ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Coordinar con Dirección Ejecutiva, la reubicación de los servicios de Pediatría y Ginecología e implementación de Equipos Biomédicos.
- Coordinar con la Unidad de Capacitación y Departamento de Enfermería para las capacitaciones.
- Contar con personal de Reten asistencial, (Licenciadas de Enfermería)
- Contratación Médicos Especialistas y Lic. de Enfermería Especialistas.
- Coordinar con Jefe de Apoyo al tratamiento, responsable de Farmacia y Dosis Unitaria para mejorar el flujo de entrega de medicamentos.
- El servicio de Neonatología cuenta con un número reducido de Médicos Neonatólogos y la atención es brindada por Médicos Pediatras.

PRODUCTO 0009 ATENCION EN CONSULTA EXTERNAS

LOGROS ALCANZADOS

- Atenciones como Vacunación regular y de recién nacido, el programa de Control de Tuberculosis Planificación Familiar TARGA y Tamizaje Neonatal tuvieron continuidad en la atención.
- Se realiza atenciones presenciales de especialidades médicas como Infectología y oncología clínica.
- Se cuenta con atenciones vía telefónica a través del sistema de Telellamada o Tele orientación
- Se realiza procedimientos de Enfermería en forma presencial (EKG)

PROBLEMAS PRESENTADOS

- Reducido número de atenciones en consulta externa por la pandemia del COVID 19
- No se cuenta con todas las especialidades médicas debido a la pandemia. Médicos especialista en licencia.
- Algunas atenciones fueron suspendidas por presentar riesgo de contaminación
- No se cuenta con ambientes para la atención de pacientes de consulta externa ya que fueron reasignados para la atención de casos COVID 19.
- Pacientes pre quirúrgico de cirugías electivas no son atendidos
- No se cuenta con protocolos de atención en Consulta externa
- El envío de muestras de Tamizaje neonatal al Hospital San Bartolomé es una vez a la semana debiendo ser frecuente pero no se cuenta con transporte disponible
- La Unidad de Estadística e Informática no brinda información oportuna.
- El ambiente del Programa de Control de Tuberculosis no es el adecuado no existe ventilación ni iluminación no se cuenta con lavamanos.





ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Incrementar el número de atenciones presenciales.
- Información estadística de las atenciones en forma oportuna.
- Contar con medicamentos insumos y material médico en forma oportuna y permanente
- Mayor consistencia entre la ejecución de meta física y meta presupuestaria de APNOP Consulta externa.
- Levantar estado de emergencia Covid 19

PRODUCTO 00009 CONTROL SANITARIO

PROBLEMAS PRESENTADOS:

- En el Servicio de Alimentación y Cafetería existe Riesgo continuo de contaminación cruzada de los alimentos por deficiencias en las buenas prácticas de manipulación y por las características de ubicación, infraestructura y por estar próximos a focos de contaminación como casa de fuerza, hospitalización, lavandería etc. y por lo tanto es una amenaza continua para la salud de los consumidores.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION:

- Dar cumplimiento a la Norma Sanitaria N° 098 - MINS/DIGESA-V.01- Norma Sanitaria para los Servicios de Alimentación en Establecimientos de Salud aprobada con R.M. N° 749 - 2015/MINSSA.
- Aplicar la Norma Sanitaria para el Funcionamiento de Restaurantes y Servicios Afines, Resolución Ministerial N° 363 - 2005/MINSA
- Vigilancia Sanitaria continúa de los puntos críticos de riesgo de contaminación cruzada de los alimentos.

ACTIVIDAD: VIGILANCIA DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD

LOGROS ALCANZADO

- Se actualizó la conformación del "Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para el año 2021". Mediante Resolución Directoral N° 043-03/2021-HCLLH/SA.
- Se continua con la vigilancia, monitoreo y minimización de los residuos sólidos hospitalarios, a fin de mantener una adecuada segregación.
- Se cuenta con el manual de Bioseguridad con R.D. N° 046-02/19-HCLLH/SA.
- Se continua con la desinfección en los servicios asistenciales con el peróxido de hidrogeno.
- Se incide en las capacitaciones en servicio al personal de salud, tanto áreas asistenciales (COVID y NO COVID), como áreas administrativas, para el correcto uso de los EPP.





- Disminución de tiempo de permanencia de cadáveres en el mortuario de la Institución.
- Capacitaciones virtuales a las distintas áreas, en temas de Manejo de residuos sólidos y Bioseguridad en época de pandemia

PROBLEMAS PRESENTADOS:

- Inadecuada Segregación en los servicios asistenciales, en especial los tópicos de emergencia.
- Falta de coches para transporte interno de residuos sólidos.
- Demoras en realizar los certificados de defunción, por lo que cadáveres ingresan sin certificado de defunción al mortuario.
- Falta de Directivas y/o protocolos para un adecuado Manejo de cadáveres COVID-19 y NO COVID.
- El hospital no cuenta con reserva de agua adecuada.
- No se realiza la limpieza y desinfección de los sistemas de abastecimiento de agua al Hospital.
- Inadecuada Corrección de deficiencias estructurales del Hospital.
- Incumplimiento de los 5 momentos del lavado de manos.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION:



- Adquirir vehículos, contenedores o coches diferenciados por clases de residuos (comunes, biocontaminados y especiales) para el transporte interno de los residuos sólidos.
- Capacitación en servicio sobre las buenas prácticas de segregación de residuos sólidos.
- Cruce de información con los responsables de vigilancia de pacientes COVID-19.
- Aprobación de Comité de Manejo de Cadáveres COVID-19 y No COVID.
- Aprobación de Directivas y flujogramas para el adecuado manejo de cadáveres COVID-19, y NO COVID.
- Realizar la gestión con SEDAPAL, a fin de que cumpla el contrato, que dice: "El servicio de abastecimiento de agua al Hospital es desde las 00.00 horas hasta las 24.00 horas
- Aplicar adecuadamente la Norma Sanitaria para Trabajos de Desinsectación, Desratización, Desinfección, Limpieza y Desinfección de Reservorios de Agua, Limpieza de Ambientes y de Tanques Sépticos.
- Aplicar la N.T.S. N°110 MINSA/DIGIEM-V-01, Norma Técnica de Salud "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención".
- Compromiso de los jefes de departamento y/o servicio para la vigilancia y monitoreo de la técnica correcta de lavado de manos y el cumplimiento de los 5 momentos de la higiene de manos durante la atención al paciente.



- Monitoreo diario de las acciones de bioseguridad por parte del personal asistencial, así como también de la sensibilización respectiva.
- Compromiso con los jefes de los servicios para la sensibilización del personal de salud sobre las normas de bioseguridad que se detallan en el manual de bioseguridad 2019 del HCLLH.
- Promover y educar a los profesionales de la salud la aplicación de higiene de manos y medidas de bioseguridad.
- Promover una cultura de la higiene de manos en los pacientes y familiares.

ACTIVIDAD: VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICO

LOGROS ALCANZADOS

- Se ha establecido un flujo de recolección de datos más dinámico con la Unidad de Estadística (UETT) y los otros registros de atenciones (emergencia, egresos) para la captación y notificación oportuna de los daños sujetos a vigilancia, asimismo para la disposición de las Historias Clínicas.
- Se cuenta con aliados estratégicos para la notificación oportuna y coordinaciones técnicas como son: ES-TBC, ES-ZOONOSIS, ESPCITS-VIH/SIDA, servicio de Anatomía Patológica, Unidad de Seguros (SOAT), Psicología, Dpto. Gineco Obstetricia, Neonatología.
- Se cuenta con el apoyo de la UETT, para el filtro de datos para la Búsqueda Activa Institucional.
- Seguimiento de los casos de morbilidad materna extrema referidos a establecimientos de mayor complejidad.
- Se cuenta con personal exclusivo que realice la vigilancia epidemiológica de manera diaria, revisión de historias clínicas, HIS y libros de registros.
- Elaboración semanal de la sala situacional de COVID-19 para la toma de decisiones respecto al avance de la pandemia en nuestra institución.
- Coordinación continua con el Área de microbiología para la oportunidad en cuanto a la toma y envío de muestras de las enfermedades sujetas a vigilancia en salud pública.

PROBLEMAS PRESENTADOS:

- Se evidencia poca claridad en los sistemas de registros del HCLLH, que limita la vigilancia Epidemiológica, y el llenado de las fichas epidemiológicas para la investigación del caso.
- Se evidencia inconsistencia de la información de las historias clínicas y el sistema de datos de emergencia, demandando mayor tiempo en la recolección de la información.





- Poco compromiso del equipo multidisciplinario incluyendo las jefaturas de Departamento y servicio, en el cumplimiento de notificación de las enfermedades de notificación inmediata de los eventos de sujetos a vigilancia epidemiológica.
- Falta de compromiso de los médicos asistentes para la notificación inmediata de los daños bajo vigilancia epidemiológica.
- Demoras en el acceso a los resultados de la necropsia y diagnósticos (causa básica de muerte) de los casos de mortalidad materna y perinatal derivados a la Morgue Central de Lima.
- Diagnósticos en Certificados de defunción no coherentes con la historia clínica.
- Demora en obtener resultados de Anatomía Patológica debido a que no cuentan con una base de datos para el registro de resultados.
- Falta la Actualización de los documentos normativos internos orientados a mejorar el proceso de atención del paciente como: Protocolos, Guías clínicas, encaminados a la prevención de las IAAS.
- Retraso de envío de información de la UEIT, Departamentos, Unidades y Programas Presupuestales para la elaboración del ASIS.
- Falta de información en las Historias Clínicas de los pacientes con resultados positivos a neoplasias malignas, en especial dirección y/o teléfono imposibilitan el seguimiento e inicio oportuno de tratamiento.



ALTERNATIVAS DE SOLUCION



- Coordinación con las jefaturas de los servicios de Emergencia, Áreas COVID, hospitalización y Estadística para un mejor registro de la información.
- Capacitación al personal a cargo de las vigilancias epidemiológica, con normatividad vigente.
- Realizar las coordinaciones con la UEIT a fin de lograr la sistematización de la Información con calidad.
- Mayor difusión de las definiciones de caso para la identificación de casos sospechosos/probables de los daños bajo vigilancia.
- Se coordina con la UEIT, para mejorar la calidad de la información, en historias clínicas, sistemas de información y registro y certificados de defunción.
- Capacitación al personal de salud en las definiciones operacionales de las enfermedades sujetas a vigilancia en salud pública.
- Reiterar a la UEIT el envío de la información para realizar la Búsqueda Activa de casos de muerte materna, BAI y ASIS.



- Comprometer a la Dirección Ejecutiva para su apoyo en el fortalecimiento de las actividades del Comité de Prevención de la Muerte Materna y Perinatal, acciones del comité de prevención y control de las IAAS.
- Compromiso con los Jefes de los servicios para la Sensibilización con el personal de Salud para la identificación oportuna de los daños bajo vigilancia epidemiológica según normativa vigente.
- Coordinar con la UEIT, departamentos y servicios para mejorar la oportunidad de envío de la información para el ASIS.

INDICADORES AL PRIMER SEMESTRE 2021

NOMBRE	FORMULA	CALCULO	AVANCE
% NIÑOS CON INF. RESP. AGUDAS COMPLICADAS	$\frac{\text{CASO TRATADO}}{\text{PROGRAMADOS}} \times 100$	$\frac{8}{279} \times 100$	2.79%
% CASOS TRATADOS ANEMIA ATENDIDO	$\frac{\text{CASO TRATADO} \times 100}{\text{PROGRAMADOS}}$	$\frac{35 \times 100}{213}$	16.43 %
% PARTO COMPLICADO QUIRURGICO ATENDIDO	$\frac{\text{CESAREA} \times 100}{\text{PROGRAMADAS}}$	$\frac{1555 \times 100}{1555}$	100.00%
% RECIEN NACIDOS REQUIEREN UCIN	$\frac{\text{EGRESOS} \times 100}{\text{PROGRAMADOS}}$	$\frac{240 \times 100}{243}$	98.76 %
% CASOS TBC PULMONAR DIAGNOSTICADOS	$\frac{\text{Dx} \times 100}{\text{PROGRAMADOS}}$	$\frac{69 \times 100}{80}$	86.25 %
% ATENC. INTEGRAL A PERSONAS CON VIH/SIDA	$\frac{\text{Dx VIH/SIDA} \times 100}{\text{PROGRAMADOS}}$	$\frac{195 \times 100}{243}$	80.24 %
% Dx DE CASOS DE MALARIA	$\frac{\text{Dx MALARIA} \times 100}{\text{PROGRAMADOS}}$	$\frac{23 \times 100}{23}$	100.00 %
% PERSONAS EXPUESTAS A RABIA	$\frac{\text{PERS. TTDA} \times 100}{\text{PROGRAMADAS}}$	$\frac{932 \times 100}{932}$	100.00 %
% PERSONAS CON CATARATAS	$\frac{\text{Dx CATARATAS} \times 100}{\text{PROGRAMADAS}}$	$\frac{1945 \times 100}{1892}$	97.51 %





% PERSONAS CON DIABETES MELLITUS	PERS. TTDA * 100	1088 * 100	96.88 %
	PROGRAMADAS	1123	
% Dx CANCER CUELLO UTERINO	PERSONA * 100	23 * 100	100.00 %
	PROGRAMADAS	23	
% Dx CANCER DE ESTOMAGO	PERSONA * 100	13 * 100	76.47%
	PROGRAMADAS	17	
% ATENCION TRIAJE EN EMERGENCIA	ATENCION * 100	82909 * 100	99.67 %
	PROGRAMADAS	83177	
% ATENCION EN CUIDADOS INTENSIVOS	ATENCION * 100	108 * 100	100.00 %
	PROGRAMADOS	108	
% LESIONES MEDULARES PERSONAS C/DISCAP.	PERSONA * 100	129 * 100	97.72 %
	PROGRAMADAS	132	
% TRASTORNOS POSTULARES	PERSONA * 100	2326 * 100	98.58 %
	PROGRAMADAS	1345	
% PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS	PERSONA * 100	1207 * 100	99.83 %
	PROGRAMADAS	1209	
% PERSONAS CON TRASTORNO PSICOTICO	PERSONA * 100	61 * 100	31.28 %
	PROGRAMADAS	195	
% EXAMENES DE LABORATORIO	EXAMENES * 100	360715 * 100	99.18 %
	PROGRAMADOS	363685	
% EXAMENES Dx POR IMÁGENES	EXAMENES * 100	51147 * 100	99.96 %
	PROGRAMADOS	51163	
PROMEDIO PERMANENCIA	ESTANCIAS	34992	3.03
	EGRESOS	11536	
% GRADO DE OCUPACIÓN	ESTANCIA * 100	34992 * 100	86.37 %
	N° DIAS CAMA	40515	
INTERVALO DE SUSTITUCION	DIAS CAMA - ESTANCIA	40515 - 34992	0.48
	EGRESOS	11536	
% INTERVENCIONES QUIRURGICAS	INTERVENCIÓN * 100	4532 * 100	99.69 %
	PROGRAMADAS	4546	





2.3 MEDIDAS ADOPTADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS

PRESENTACION Y SUSTENTACION DE LAS METAS LOGRADAS.- Con el fin de determinar distorsiones y problemas que impidan el desarrollo de las metas programadas, se ha determinado realizar reuniones presenciales y virtuales, dentro del marco de las normas del proceso de ejecución de metas; en dichas reuniones multidisciplinarias los responsables de las actividades operacionales analizan los procedimientos y resultados obtenidos, luego diseñan reprogramaciones o reorientación de procesos con el propósito de lograr la programación establecida en el Plan Operativo Institucional 2021. Se suscriben actas de compromiso señalando responsables operativos de las actividades que destraben o mejoren los procesos de atención y por consiguiente el logro de metas establecidas

SEGUIMIENTO MENSUAL DE LA EJECUCION DE METAS.- La Oficina de Planeamiento Estratégico, procesa la información mensual de la ejecución de metas y realiza las observaciones señalando niveles de ejecución de metas de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 343-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 262-MINSA/2019/OGPPM, "Directiva Administrativa para la Elaboración, Aprobación, Seguimiento, Evaluación y Modificación del Plan Operativo Institucional del Pliego 11: MINSA".

COMPROMISO DURANTE LA PANDEMIA CORONAVIRUS.- El personal en general, liderado por el Director Ejecutivo tienen el compromiso de trabajar arduamente con el fin de brindar atención en las mejores condiciones posibles a los pacientes que acuden al Hospital durante el estado de cuarentena obligado por la PANDEMIA CORONAVIRUS, con el apoyo del Estado y en particular del Ministerio de Salud se han incrementado las camas de hospitalización y UCI, para asegurar la atención a todos los pacientes que acuden a los servicios hospitalarios



2.4. MEDIDAS PARA LA MEJORA CONTINUA

MEJORA EN LOS PROCESOS DE ATENCION.- En las reuniones presenciales o virtuales con los responsables de las actividades operativas asistenciales, se suscribe un acuerdo de mejora en los procesos de atención al usuario, señalando que dicha mejora puede orientarse por intermedio de la elaboración de proyectos de mejora o en el mejoramiento de las actividades que requieran soluciones inmediatas

MEJORA EN LOS PROCESOS DE SOPORTE.- Estas actividades corresponden a las Unidades Orgánicas que realizan actividades administrativas, con el fin de implementar una mejora continua se ha adoptado la estrategia de aprovechar las reuniones de trabajo ordinarias para recalcar que los procedimientos administrativos deben ser revisados continuamente con el fin de simplificarlos. Así mismo en las reuniones sobre presentación y sustento de logro de metas se suscribe un acuerdo del compromiso de la implementación de proyectos de mejora

MEJORA EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.- En el presente, se han mejorado los procesos de acceso a los servicios de salud, con el fin de facilitar a los pacientes la atención que necesitan, sobre todo en este momento que atravesamos problemas de salud pública debido a la PANDEMIA del CORONAVIRUS

GESTIONES PARA LA MEJORA.- Continuar con las gestiones para mejorar la infraestructura del Hospital, actualizar el equipo médico y reorganizar los procedimientos administrativos. Estas gestiones se realizarán ante la administración central del Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas y la Municipalidad del Distrito de Puente Piedra





3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a lo observado en el avance de la ejecución de actividades durante el primer semestre del año 2021, los Centro de Costos y los Programas Presupuestales deberán revisar la programación de las metas y actividades operativas con la finalidad de alcanzar la programación establecida, tomando en cuenta que el cumplimiento de las actividades mide el grado de atenciones brindadas a la población objetivo y que están orientadas al logro de objetivos institucionales programados.

Para los siguientes trimestres, deberán evaluar aquellas actividades operativas que califican como bajo, regular y exceso, según los parámetros de evaluación del presente informe, con la finalidad de aplicar las medidas correctivas para alcanzar los niveles de avance "bueno".

En la ejecución presupuestaria, se deberá velar porque los niveles de avance se encuentren acorde al avance de la meta física de las actividades Operativas que contribuyen al logro de los Objetivos Estratégicos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Establecer mecanismos institucionales para la articulación entre los sistemas de planeamiento, presupuesto, inversiones, personal y abastecimiento, en la etapa de elaboración, modificación y ejecución del Plan Operativo Institucional, con la finalidad de fortalecer el logro de los objetivos institucionales

Los Centro de Costos deberán elaborar sus Planes de Trabajo, con el fin de sistematizar sus procesos y cuantificar sus metas físicas y presupuestarias, determinando necesidades de recursos acorde a las metas establecidas

La Entidad en el marco de la Ley, deberá aprobar el Plan Anticorrupción Institucional con el fin de incorporar las acciones anticorrupción en el Plan Operativo Institucional (POI) y alinear la ejecución de actividades operativas al logro de metas programadas

Exigir a los Centro de Costos la gestión por procesos y la simplificación administrativa, con el fin de facilitar el acceso de los pacientes a los servicios de salud, lo cual permitirá elevar porcentualmente los avances de las metas físicas y financieras en favor de la población.

ANEXO: FORMATO DE SEGUIMIENTO AL PRIMER TRIMESTRE 2021

PROYECTO	UNIDAD	ACTIVIDAD	FECHA	ESTADO	PROGRESO (%)	VALOR PRESUPUESTADO	VALOR REALIZADO	VALOR PAGADO	VALOR COMPROMETIDO	VALOR RESERVA	VALOR TOTAL
PROYECTO 001	UNIDAD 01	ACTIVIDAD 01	2023-01-01	Completado	100	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00	100.00
PROYECTO 002	UNIDAD 02	ACTIVIDAD 02	2023-02-01	Completado	100	200.00	200.00	200.00	200.00	0.00	200.00
PROYECTO 003	UNIDAD 03	ACTIVIDAD 03	2023-03-01	Completado	100	300.00	300.00	300.00	300.00	0.00	300.00
PROYECTO 004	UNIDAD 04	ACTIVIDAD 04	2023-04-01	Completado	100	400.00	400.00	400.00	400.00	0.00	400.00
PROYECTO 005	UNIDAD 05	ACTIVIDAD 05	2023-05-01	Completado	100	500.00	500.00	500.00	500.00	0.00	500.00
PROYECTO 006	UNIDAD 06	ACTIVIDAD 06	2023-06-01	Completado	100	600.00	600.00	600.00	600.00	0.00	600.00
PROYECTO 007	UNIDAD 07	ACTIVIDAD 07	2023-07-01	Completado	100	700.00	700.00	700.00	700.00	0.00	700.00
PROYECTO 008	UNIDAD 08	ACTIVIDAD 08	2023-08-01	Completado	100	800.00	800.00	800.00	800.00	0.00	800.00
PROYECTO 009	UNIDAD 09	ACTIVIDAD 09	2023-09-01	Completado	100	900.00	900.00	900.00	900.00	0.00	900.00
PROYECTO 010	UNIDAD 10	ACTIVIDAD 10	2023-10-01	Completado	100	1000.00	1000.00	1000.00	1000.00	0.00	1000.00
PROYECTO 011	UNIDAD 11	ACTIVIDAD 11	2023-11-01	Completado	100	1100.00	1100.00	1100.00	1100.00	0.00	1100.00
PROYECTO 012	UNIDAD 12	ACTIVIDAD 12	2023-12-01	Completado	100	1200.00	1200.00	1200.00	1200.00	0.00	1200.00
PROYECTO 013	UNIDAD 13	ACTIVIDAD 13	2024-01-01	Completado	100	1300.00	1300.00	1300.00	1300.00	0.00	1300.00
PROYECTO 014	UNIDAD 14	ACTIVIDAD 14	2024-02-01	Completado	100	1400.00	1400.00	1400.00	1400.00	0.00	1400.00
PROYECTO 015	UNIDAD 15	ACTIVIDAD 15	2024-03-01	Completado	100	1500.00	1500.00	1500.00	1500.00	0.00	1500.00
PROYECTO 016	UNIDAD 16	ACTIVIDAD 16	2024-04-01	Completado	100	1600.00	1600.00	1600.00	1600.00	0.00	1600.00
PROYECTO 017	UNIDAD 17	ACTIVIDAD 17	2024-05-01	Completado	100	1700.00	1700.00	1700.00	1700.00	0.00	1700.00
PROYECTO 018	UNIDAD 18	ACTIVIDAD 18	2024-06-01	Completado	100	1800.00	1800.00	1800.00	1800.00	0.00	1800.00
PROYECTO 019	UNIDAD 19	ACTIVIDAD 19	2024-07-01	Completado	100	1900.00	1900.00	1900.00	1900.00	0.00	1900.00
PROYECTO 020	UNIDAD 20	ACTIVIDAD 20	2024-08-01	Completado	100	2000.00	2000.00	2000.00	2000.00	0.00	2000.00
PROYECTO 021	UNIDAD 21	ACTIVIDAD 21	2024-09-01	Completado	100	2100.00	2100.00	2100.00	2100.00	0.00	2100.00
PROYECTO 022	UNIDAD 22	ACTIVIDAD 22	2024-10-01	Completado	100	2200.00	2200.00	2200.00	2200.00	0.00	2200.00
PROYECTO 023	UNIDAD 23	ACTIVIDAD 23	2024-11-01	Completado	100	2300.00	2300.00	2300.00	2300.00	0.00	2300.00
PROYECTO 024	UNIDAD 24	ACTIVIDAD 24	2024-12-01	Completado	100	2400.00	2400.00	2400.00	2400.00	0.00	2400.00
PROYECTO 025	UNIDAD 25	ACTIVIDAD 25	2025-01-01	Completado	100	2500.00	2500.00	2500.00	2500.00	0.00	2500.00
PROYECTO 026	UNIDAD 26	ACTIVIDAD 26	2025-02-01	Completado	100	2600.00	2600.00	2600.00	2600.00	0.00	2600.00
PROYECTO 027	UNIDAD 27	ACTIVIDAD 27	2025-03-01	Completado	100	2700.00	2700.00	2700.00	2700.00	0.00	2700.00
PROYECTO 028	UNIDAD 28	ACTIVIDAD 28	2025-04-01	Completado	100	2800.00	2800.00	2800.00	2800.00	0.00	2800.00
PROYECTO 029	UNIDAD 29	ACTIVIDAD 29	2025-05-01	Completado	100	2900.00	2900.00	2900.00	2900.00	0.00	2900.00
PROYECTO 030	UNIDAD 30	ACTIVIDAD 30	2025-06-01	Completado	100	3000.00	3000.00	3000.00	3000.00	0.00	3000.00



Proyecto	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Unitario	Valor Total
00000001	00000001	...	...	...	...	...	...
00000002	00000002	...	...	...	...	...	...
00000003	00000003	...	...	...	...	...	...
00000004	00000004	...	...	...	...	...	...
00000005	00000005	...	...	...	...	...	...
00000006	00000006	...	...	...	...	...	...
00000007	00000007	...	...	...	...	...	...
00000008	00000008	...	...	...	...	...	...
00000009	00000009	...	...	...	...	...	...
00000010	00000010	...	...	...	...	...	...
00000011	00000011	...	...	...	...	...	...
00000012	00000012	...	...	...	...	...	...
00000013	00000013	...	...	...	...	...	...
00000014	00000014	...	...	...	...	...	...
00000015	00000015	...	...	...	...	...	...
00000016	00000016	...	...	...	...	...	...
00000017	00000017	...	...	...	...	...	...
00000018	00000018	...	...	...	...	...	...
00000019	00000019	...	...	...	...	...	...
00000020	00000020	...	...	...	...	...	...
00000021	00000021	...	...	...	...	...	...
00000022	00000022	...	...	...	...	...	...
00000023	00000023	...	...	...	...	...	...
00000024	00000024	...	...	...	...	...	...
00000025	00000025	...	...	...	...	...	...
00000026	00000026	...	...	...	...	...	...
00000027	00000027	...	...	...	...	...	...
00000028	00000028	...	...	...	...	...	...
00000029	00000029	...	...	...	...	...	...
00000030	00000030	...	...	...	...	...	...
00000031	00000031	...	...	...	...	...	...
00000032	00000032	...	...	...	...	...	...
00000033	00000033	...	...	...	...	...	...
00000034	00000034	...	...	...	...	...	...
00000035	00000035	...	...	...	...	...	...
00000036	00000036	...	...	...	...	...	...
00000037	00000037	...	...	...	...	...	...
00000038	00000038	...	...	...	...	...	...
00000039	00000039	...	...	...	...	...	...
00000040	00000040	...	...	...	...	...	...
00000041	00000041	...	...	...	...	...	...
00000042	00000042	...	...	...	...	...	...
00000043	00000043	...	...	...	...	...	...
00000044	00000044	...	...	...	...	...	...
00000045	00000045	...	...	...	...	...	...
00000046	00000046	...	...	...	...	...	...
00000047	00000047	...	...	...	...	...	...
00000048	00000048	...	...	...	...	...	...
00000049	00000049	...	...	...	...	...	...
00000050	00000050	...	...	...	...	...	...



PROYECTO	FECHA	ESTADO	ACTIVIDAD	UNIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
PROYECTO 0001	2010	ACTIVO	ACTIVIDAD 001	UNIDAD 001	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100



PROYECTO	ACTIVIDAD	UNIDAD	RECURSOS																																																									
PROYECTO 001	ACTIVIDAD 001	UNIDAD 001	RECURSOS 001	ACTIVIDAD 002	UNIDAD 002	RECURSOS 002	ACTIVIDAD 003	UNIDAD 003	RECURSOS 003	ACTIVIDAD 004	UNIDAD 004	RECURSOS 004	ACTIVIDAD 005	UNIDAD 005	RECURSOS 005	ACTIVIDAD 006	UNIDAD 006	RECURSOS 006	ACTIVIDAD 007	UNIDAD 007	RECURSOS 007	ACTIVIDAD 008	UNIDAD 008	RECURSOS 008	ACTIVIDAD 009	UNIDAD 009	RECURSOS 009	ACTIVIDAD 010	UNIDAD 010	RECURSOS 010	ACTIVIDAD 011	UNIDAD 011	RECURSOS 011	ACTIVIDAD 012	UNIDAD 012	RECURSOS 012	ACTIVIDAD 013	UNIDAD 013	RECURSOS 013	ACTIVIDAD 014	UNIDAD 014	RECURSOS 014	ACTIVIDAD 015	UNIDAD 015	RECURSOS 015	ACTIVIDAD 016	UNIDAD 016	RECURSOS 016	ACTIVIDAD 017	UNIDAD 017	RECURSOS 017	ACTIVIDAD 018	UNIDAD 018	RECURSOS 018	ACTIVIDAD 019	UNIDAD 019	RECURSOS 019	ACTIVIDAD 020	UNIDAD 020	RECURSOS 020



