

DIRECCIÓN DE RED DE SALUD LIMA NORTE IV

EVALUACIÓN ANUAL DEL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL 2011



DIRECCIÓN DE SALUD V LIMA CIUDAD

PRESENTACIÓN

El presente documento “Evaluación del Plan Operativo Anual 2011 de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV” (Red Puente Piedra) tiene como finalidad explicar en forma integral los avances de la Gestión Institucional, en relación con los resultados y logros obtenidos desde un enfoque operativo y financiero, para lo cual se considerará además la evaluación de la ejecución presupuestaria y de los indicadores.

Este documento describe los principales logros, problemas y acciones desarrolladas en concordancia a los lineamientos, objetivos, metas y estrategias sanitarias que articuladas con nuestras actividades buscan el mejoramiento de la salud de nuestra población asignada.

La evaluación permite al equipo de gestión identificar los factores limitantes así como las oportunidades presentadas en el transcurso del año, los nudos críticos y las estrategias desarrolladas que permitieron superar las situaciones desfavorables.

La Oficina de Planeamiento Estratégico es la responsable de la evaluación del POA 2011, la misma se ha realizado en concordancia con la Directiva Administrativa N° 170/MINSA/OGPP-V.01 para la Formulación, seguimiento, evaluación y reprogramación del Plan Operativo 2011 de las Dependencias y Entidades del Ministerio de Salud.

I. GENERALIDADES

DENOMINACIÓN : DIRECCIÓN DE RED DE SALUD LIMA NORTE IV
UNIDAD EJECUTORA : HOSPITAL PUENTE PIEDRA Y SBS

El Hospital Puente Piedra “ Carlos Lanfranco La Hoz “, está ubicado a 31 Km. al norte de Lima, forma parte de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV, órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V – Lima Ciudad según la delimitación geográfica y poblacional que se estableció en la Resolución Ministerial N° 638-2003-SA/DM.

Cabe precisar que aún no se ha implementado la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV – Red Puente Piedra, por lo que no se cuenta con su estructura orgánica, con la designación de los funcionarios responsables y aún no se la considera como unidad ejecutora presupuestal. Las gestiones para tal fin han sido realizadas ante el órgano rector.

En la actualidad es el Hospital “Carlos Lanfranco La Hoz” como Unidad Ejecutora la encargada de ejecutar el presupuesto y conducir orgánicamente las acciones de dirección de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV.

La Oficina de Planeamiento Estratégico es la encargada del proceso de Evaluación y Seguimiento de las actividades operativas de la entidad, en coordinación y participación de todas las unidades orgánicas del Hospital y de la Red. Para lo ello, desarrolla talleres de capacitación, reuniones de trabajo y trabajo de gabinete con cada uno de los responsables de las áreas.

La falta de implementación de la Dirección de Red de Salud como Órgano Funcional y como Unidad Ejecutora no permite un adecuado nivel de coordinación y disposición de tiempos, originada por la duplicidad de funciones que tienen que realizar el personal, por lo que se está implementado acciones para garantizar la calidad y fluidez de la información, para lo cual se han realizado reuniones previas para determinar los plazos de presentación de información, así como del análisis de las mismas por los directamente involucrados.

La entidad viene desarrollando estrategias para el seguimiento operativo de las actividades desarrolladas dentro del esquema de presupuesto por resultados, con la participación de la Unidad Funcional de Atención Integral y de Promoción de la Salud.

II. DIAGNÓSTICO GENERAL EN EL PERIODO

La Dirección de Red de Salud Lima Norte IV, órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V – Lima Ciudad establecido en la Resolución Ministerial N° 638-2003-SA/DM, tiene como fines:

- Mejorar la calidad de atención y el acceso a los servicios de salud, con el fin de fortalecer la confianza de la población en nuestros servicios que se ofrecen en los establecimientos de salud de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV.
- Fortalecer la participación organizada de la población para el control y prevención de las enfermedades a fin de lograr respuestas sociales organizadas frente a las epidemias focalizadas.

La Red desarrolló las actividades planificadas en los Programas Estratégicos Articulado Nutricional y Articulado Materno Neonatal con la finalidad de alcanzar las metas programadas para el año 2011, en ambos casos se consideraron indicadores de síntesis de la calidad de vida, estos indicadores miden el impacto de los factores socioeconómicos presentes en el entorno del paciente. A nivel de políticas sociales, actualmente el Estado Peruano prioriza la medición de este indicador en las niñas y niños menores de 5 años para seguir el progreso de las intervenciones que en esta materia se está dando (Programas Crecer, Juntos, etc).

Aun subsisten limitaciones en cuanto a Recurso Humano, Infraestructura y Equipamiento. En cuanto al recurso humano, el personal contratado y capacitado continúa recibiendo mejores ofertas salariales de los nuevos proveedores de servicios de salud, que motiva un alto índice de rotación de personal, que incide en la calidad de atención.

Considerando que el proceso de implementación del presupuesto por resultados (PPR) tiene como plazo de implementación el 2014, la Red ha puesto especial énfasis en mejorar los procesos asistenciales y administrativos con el fin de contar con información adecuada y oportuna en el Siga PPR, esto nos permite establecer el cuadro de necesidades de los Programas Estratégicos, y corregir la programación de gastos a fin de lograr alcanzar la meta de acuerdo a lo programado.

Presentamos la información estadísticas de la producción anual 2011 de los establecimientos de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV, así como los del Hospital de nivel II-2 expresados en indicadores de producción y rendimiento.

ATENCIONES EN LA RED DE SALUD

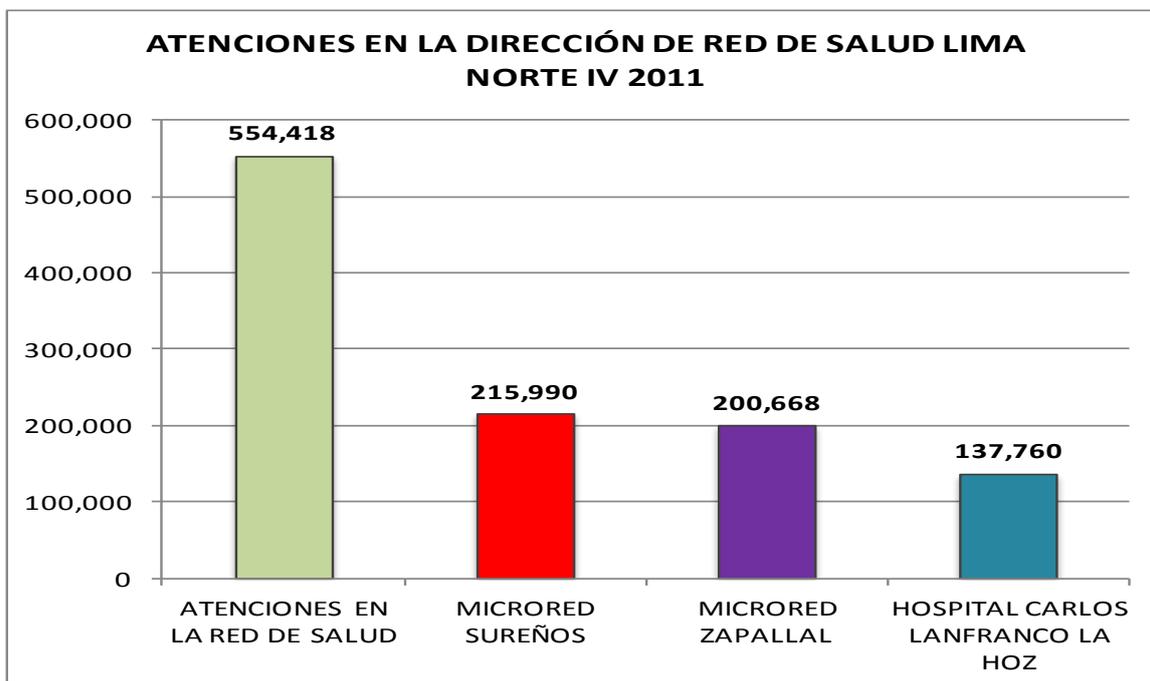
A continuación se presenta el total de atenciones por Microredes y del Hospital realizadas en el año 2011 en el siguiente cuadro y gráfico:

ATENCIONES EN LA DIRECCION DE RED DE SALUD LIMA NORTE IV I SEMESTRE 2011

AÑO	ATENCIONES EN LA RED DE SALUD	MICRORED SUREÑOS	MICRORED ZAPALLAL	HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
2,011	554,418	215,990	200,668	137,760

Fuente: OEIHPP

Durante el año 2011 se han realizado en la Red de Salud un total de 554,418 atenciones, distribuidas según Microred en Los Sureños 215,990 y en la Microred Zapallal 200,668 atenciones; en el Hospital se han realizado 137,760 atenciones.



Fuente: OEIHPP

En el gráfico se observa que es la Microred Sureños la que realizó el mayor número de atenciones en el año 2011 en comparación a la Microred Zapallal y el Hospital

INDICADORES HOSPITALARIOS

El conjunto de indicadores seleccionados para describir la evolución de la gestión hospitalaria y su comparación desde el año 2007 al año 2011 son estimados en correspondencia con las características y naturaleza propias del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, de categoría II-2 (Hospital de referencia de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV).

Así dentro de los indicadores hospitalarios se consideraron los siguientes:

Producción:

- Número de atenciones en consulta externa
- Concentración de Consulta Externa
- Recetas por Consulta
- Análisis por Consulta
- Exámenes radiológicos por Consulta
- Emergencia por Consulta

Rendimiento Hospitalario:

- Rendimiento Cama
- Porcentaje de Ocupación
- Promedio de Permanencia
- Intervalo de Sustitución
- N° Egresos
- N° de Paciente Día

El cuadro N° 1 resume los datos e información correspondiente a los indicadores de producción a través de los años 2007 al año 2011.

El cuadro N° 2 señala los datos e información correspondiente a los indicadores de rendimiento a través de los años 2007 al año 2011.

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – INDICADORES HOSPITALARIOS AÑO 2011

CUADRO Nº 1: INDICADORES DE PRODUCCIÓN

INDICADORES DE PRODUCCIÓN	AÑO	Nº Atenciones Consulta Externa	Concentración de consultas	Receta Por Consulta	Análisis por Consulta	Exámenes Rx. Por Consulta	Emergencia por Consulta	Nº Recetas Despachadas	Nº Atenciones en Emergencia
	2007	108,176	3.2	1.37	1.3	0.1	0.35	148,464	37,542
	2008	122,582	4.8	2.26	1.2	0.1	0.32	277,416	37,481
	2009	129,757	3.6	1.18	1.6	0.14	0.3	152,737	39,563
	2010	147,676	3.7	1.17	1.4	0.22	0.27	172,261	40,245
	2011	137,760	3.7		1.59	0.07	0.30	93,084	40,656

Fuente: OEIHPP

CUADRO Nº 2: INDICADORES DE RENDIMIENTO

INDICADORES DE RENDIMIENTO	AÑO	Hospitalización Número de Camas	Egresos	Días Paciente	Rendimiento cama	Ocupación Cama	Promedio de Permanencia	Intervalo de Sustitución	Días Cama Disponibles
	2007	93	7,101	20,731	6	61	3.00	2	33,945
	2008	88	7,454	21,705	7	63	2.00	2	32,208
	2009	87	7,511	20,368	7	67	3.00	1	31,755
	2010	87	7,391		6	55	2.80	2	31,755
	2011	83	7,424		7	87	2.98	4.03	30,295

Fuente: OEIHPP

INDICADORES DE PRODUCCIÓN 2011

NÚMERO DE ATENCIONES DE CONSULTA EXTERNA

La consulta externa es el área funcional dedicada a satisfacer las demandas de salud de los usuarios mediante actividades de atención ambulatoria en los consultorios del Hospital.

CUADRO Nº 3

INDICADORES DE PRODUCCIÓN	AÑO	Nº Atenciones Consulta Externa
	2007	108,176
	2008	122,582
	2009	129,757
	2010	147,676
	2011	137,760

Fuente registro HIS
Elaborado por: UEI, OPE

El cuadro Nº 3 muestra la evolución de la producción de atenciones de consulta externa desde el año 2007 al 2011, según estos datos podemos observar que el año 2011 el número de atenciones alcanzó la cifra de 137,760. lo que representa una disminución de 10,000 atenciones aproximadamente para el año 2011 en comparación al año 2010 (Gráfico Nº 1).

Gráfico Nº 1



Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS

La concentración de consultas por paciente establece el promedio de consultas que cada paciente recibió en el hospital en el periodo de un año calendario, permitiéndonos establecer la dinámica de las atenciones médicas y su correspondencia con los atendidos.

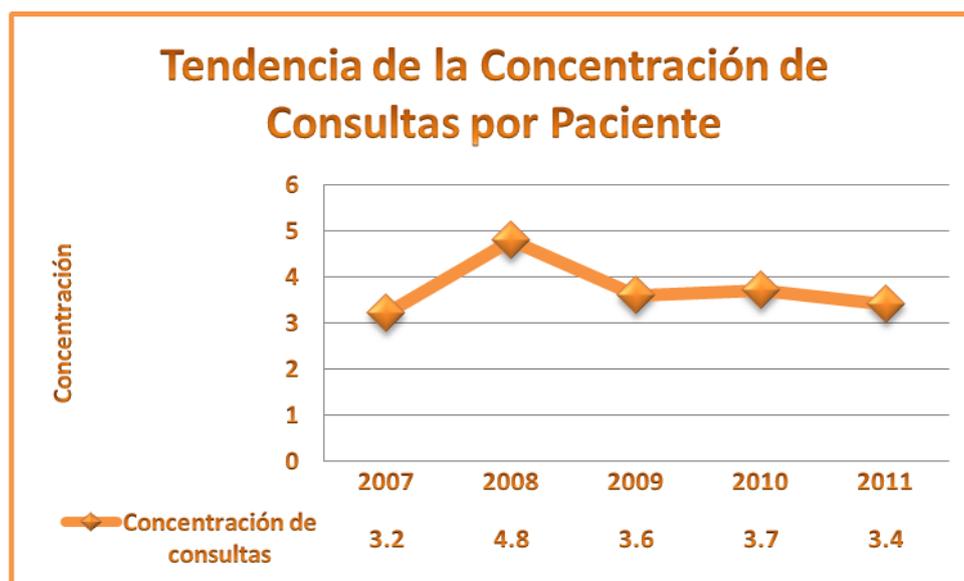
CUADRO N° 4

INDICADORES DE PRODUCCIÓN	AÑO	Concentración de Consultas
	2007	3.2
	2008	4.8
	2009	3.6
	2010	3.7
	2011	3.4

Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

En el cuadro N° 4 se aprecia en el año 2011, una concentración de 3.4 atenciones por paciente, que en comparación a la concentración de atenciones del 2010 fue menor. Además también se encuentra por debajo del estándar para los Hospitales de nivel II-2 que es 4 atenciones por pacientes (Gráfico N° 2).

Gráfico N° 2



Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

PROMEDIO DE RECETAS POR CONSULTA

Este indicador establece el número promedio de recetas atendidas por cada consulta médica en el servicio de consulta externa que se realiza en el hospital, lo cual nos permite tener la información necesaria para realizar un uso racional de los medicamentos.

Cuadro N° 5

INDICADORES DE PRODUCCIÓN	AÑO	Recetas por Consulta
	2007	1.37
	2008	2.26
	2009	1.18
	2010	1.17
	2011	1.02

Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESO
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

El indicador corresponde al mes de mayo del presente año, consideramos que en el semestre el indicador será inferior estándar de 1.5 recetas por consulta para hospitales II-2, aún no se alcanza el estándar debido mayormente al falta de stock de los medicamentos demandados, siendo éste problema un factor constante en los años de análisis. (Gráfico N° 3).

Gráfico N° 3



Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

PROMEDIO DE EXÁMENES DE LABORATORIO POR ATENCIÓN (CONSULTA)

Este indicador establece el número de exámenes de laboratorio que se generan por cada atención médica en consulta externa, lo cual nos permite tener información sobre la utilización de los recursos de laboratorio por cada atención y su importancia como servicio de apoyo al diagnóstico para los pacientes.

Cuadro N° 6

INDICADORES DE PRODUCCIÓN	AÑO	Análisis por Consulta
	2007	1.13
	2008	1.17
	2009	1.45
	2010	1.24
	2011	1.59

Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESO
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

Como se observa en el cuadro N° 6 los valores de utilización del laboratorio por parte de la atención en consulta externa desde el año 2007 son superiores al estándar establecido para los hospitales II-2, (cuyo estándar es de 0.70). Para el año 2011 el indicador ha experimentado un aumento en comparación al año 2010, como se muestra en el gráfico N° 4, esta situación debe ser analizada con las áreas involucradas con el fin de corregir y mejorar esta situación.

Gráfico N° 4



Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

PROMEDIO DE EXÁMENES RADIOLÓGICOS (RX) POR ATENCIÓN (CONSULTA)

El presente indicador mide el número de exámenes radiológicos procedentes de las atenciones realizadas en consultorios externos y nos permite establecer el uso adecuado de los recursos.

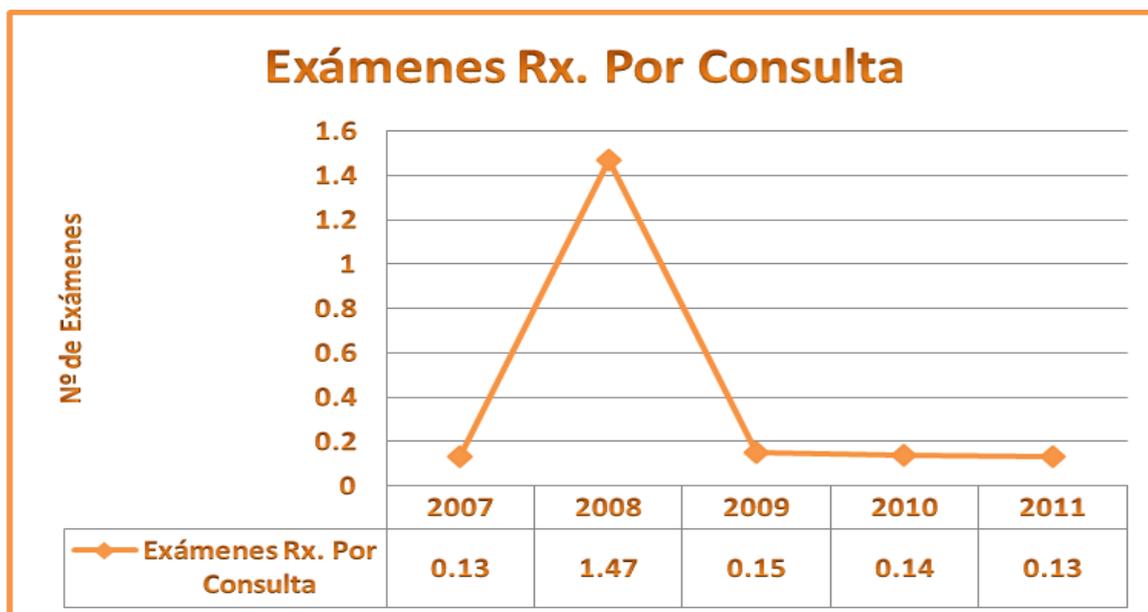
Cuadro N° 7

INDICADORES DE PRODUCCIÓN	AÑO	Exámenes Rx. por Consulta
	2007	0.13
	2008	1.47
	2009	0.15
	2010	0.14
	2011	0.13

Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

Para el año 2011 se observa en el cuadro que el promedio de exámenes radiológicos es de 0.13 exámenes por consulta externa, en el año 2010 el indicador fue de 0.14, considerando que el estándar para los Hospitales II-2 es de 0.1 exámenes por consulta. (Gráfico N° 5), las cifras obtenidas reflejan que se encuentra en un nivel adecuado.

Gráfico N° 5



Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

PROMEDIO DE ATENCIONES DE EMERGENCIA POR ATENCIONES DE CONSULTA EXTERNA

El mencionado indicador nos permite conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia con relación a las atenciones de consulta externa en un período. El Hospital cuenta con un servicio de emergencia el cual brinda atenciones de emergencia a todo aquel que acude en busca de una atención oportuna.

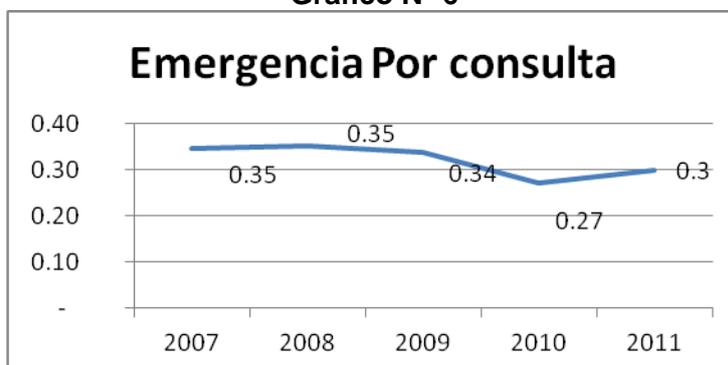
Cuadro N° 8

INDICADORES DE PRODUCCIÓN	AÑO	Emergencia Por consulta
	2007	0.35
	2008	0.35
	2009	0.34
	2010	0.27
	2011	0.30

Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

El indicador corresponde al mes de mayo del presente año, se observa una razón constante entre atenciones de emergencia por atenciones de consulta externa desde el 2007 al 2009, disminuyendo en el 2010 y al mes de mayo del presente año recupera la tendencia histórica, lo que demuestra la idiosincrasia de la población en concurrir por urgencias y emergencias al servicio de emergencia del Hospital. El estándar es de 0.1atenciones de emergencia por consulta externa (Grafico N°6).

Grafico N° 6



Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

INDICADORES DE RENDIMIENTO

RENDIMIENTO CAMA

Este indicador permite mostrar el número de pacientes tratados en cada cama hospitalaria durante un periodo, es decir, los egresos que dicha cama produjo durante un período.

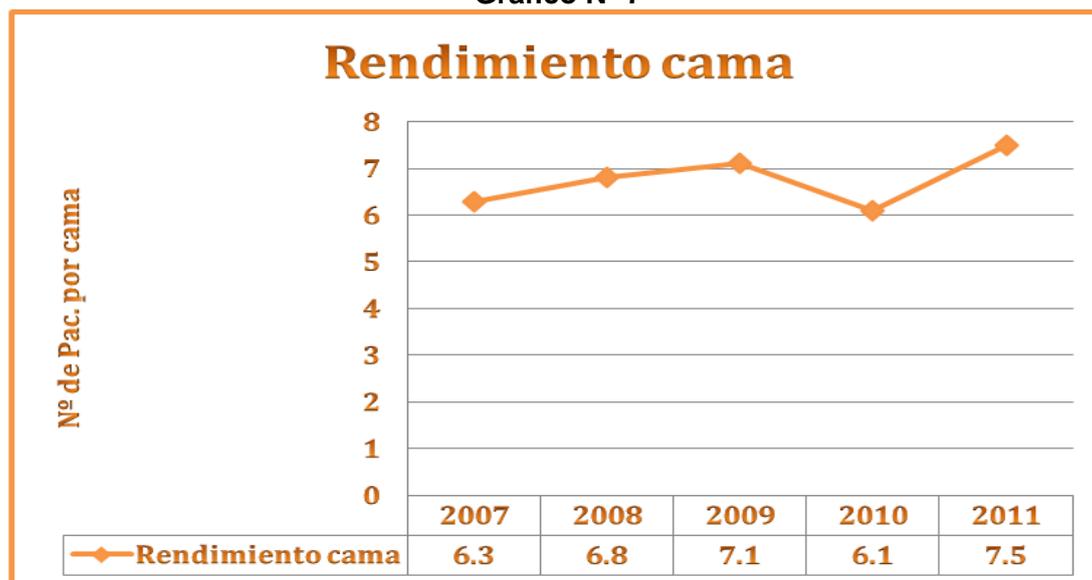
Cuadro N° 9

INDICADORES DE RENDIMIENTO	AÑO	Rendimiento cama
	2007	6.3
	2008	6.8
	2009	7.1
	2010	6.1
	2011	7.5

Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

Según el cuadro se observa una tendencia creciente en el número de egresos que produce una cama así de 6 egresos que producía una cama en el 2007, en el 2011 se llegó a 7.5 egresos por cama, influenciado en gran parte por el menor promedio de estadía que actualmente se tiene, El estándar en los Hospitales II-2 es de 4 egresos por cama. (Gráfico N° 7).

Gráfico N° 7



Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS

El porcentaje de ocupación de camas permite medir el grado de utilización de camas en un período, a través de éste indicador se mide la relación entre pacientes que ingresan y la capacidad real de camas de nuestro hospital lo cual nos permite establecer planes para optimizar el uso de camas, conocer los servicios o salas donde la utilización de las camas es excesiva o insuficiente; mantener la proporción óptima de ocupación; mejorar la distribución de las camas entre los distintos servicios y adaptar las instalaciones a las necesidades del hospital.

Cuadro N° 10

INDICADORES DE RENDIMIENTO	AÑO	Ocupación Cama
	2007	61
	2008	62
	2009	67
	2010	56
	2011	87

Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

A lo largo de los últimos 6 años el porcentaje de ocupación de camas ha ido incrementándose en el 2007 61% de ocupación cama y en el año 2011 87% como porcentaje de ocupación cama, superando el 80% del grado de ocupación cama, establecido como estándar (Gráfico N° 8).

Gráfico N° 8



Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

PROMEDIO DE PERMANENCIA

El mencionado indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del hospital así como la calidad de los servicios, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar, entre otras causas, deficiencias técnicas.

Cuadro N° 11

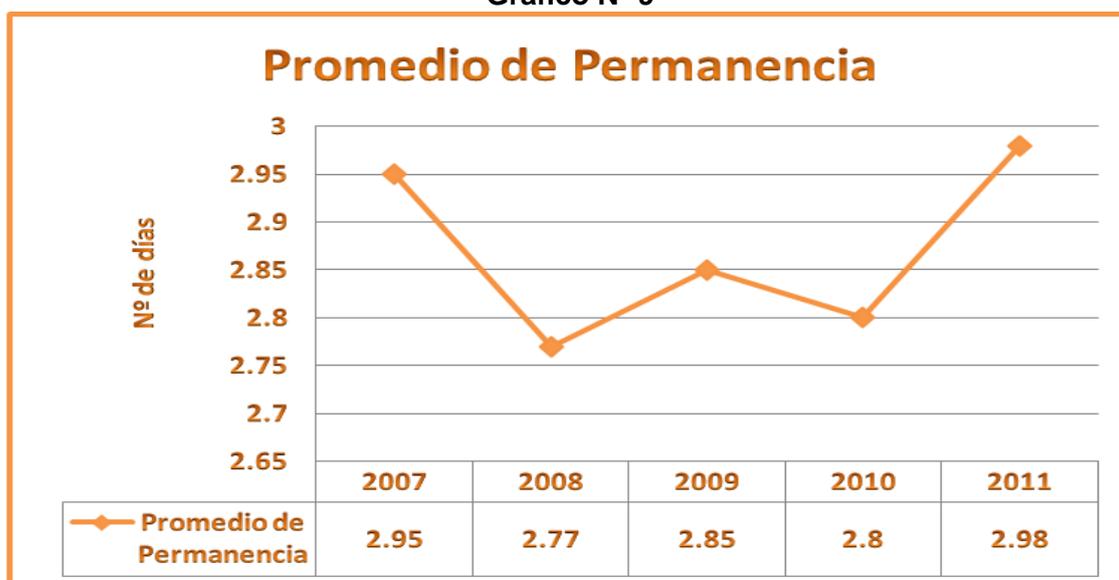
INDICADORES DE RENDIMIENTO	AÑO	Promedio de Permanencia
	2007	2.95
	2008	2.77
	2009	2.85
	2010	2.80
	2011	2.98

Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

De acuerdo al cuadro podemos observar que el promedio de permanencia desde el año 2007 al 2011 se mantiene entre 2.7 y 2.9.

Una estancia corta permite inferir eficiencia en el tratamiento hospitalario, eficiencia en los servicios de apoyo, oportunidad y eficiencia en el suministro y administración de medicamentos a la sala entre otros, si bien se sitúa por debajo del estándar en los hospitales II-2: 6, es debido a escasa infraestructura hospitalaria, tema pendiente de solución para el próximo año (Gráfico N° 9).

Gráfico N° 9



Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

INTERVALO DE SUSTITUCIÓN

El indicador mide el tiempo que una cama permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama y está en función del número de días cama disponibles, el número de pacientes día y el número de egresos en el mismo periodo de tiempo.

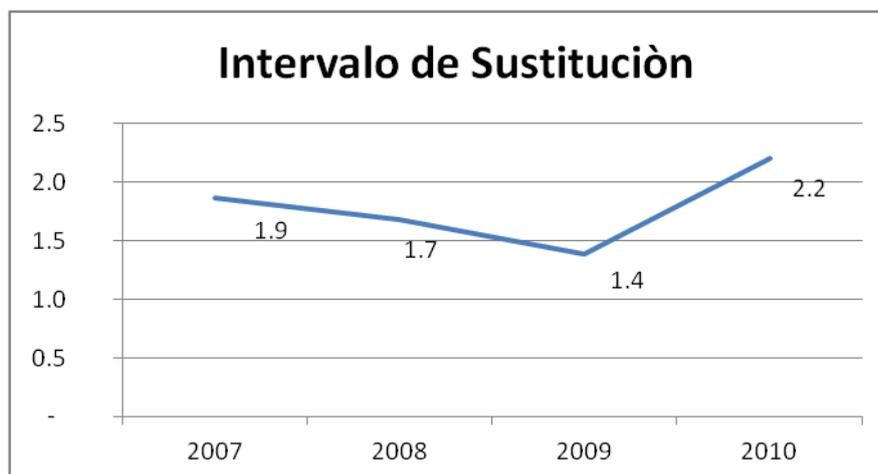
Cuadro Nº 12

INDICADORES DE RENDIMIENTO	AÑO	Intervalo de Sustitución
	2007	1.9
	2008	1.7
	2009	1.4
	2010	2.2
	2011	4.01

Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

El cuadro muestra el intervalo de sustitución a lo largo de los 6 últimos años en el primer semestre se observa un promedio de 2 días de intervalo de sustitución en los años 2007-2011. El estándar para los hospitales II-2: 1 (Grafico Nº 10)

Grafico Nº 10



Fuente registro HIS
Fuente registro SES, SOP, EGRESOS
Elaborado por: Unidad de Estadística e informática

III. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN OPERATIVO

EVALUACION DE LOS OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN OPERATIVO 2011

MATRIZ N° 7
EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN OPERATIVO SEMESTRAL 2011

DENOMINACION: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

MISION: La Misión de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV, es lograr que la población asignada tenga acceso a los servicios de salud con calidad, que administra y cuyo recursos gestiona y provee, para promocionar la salud de la persona desde su fecundación hasta su muerte natural, para restablecer su salud de acuerdo al nuevo modelo de atención integral de salud, para prevenir las enfermedades, para proteger y recuperar la salud de la población en situaciones de emergencia y desastres y para apoyar a la comunidad e instituciones en la construcción de entornos saludables.

OBJETIVO GENERAL INSTITUCIONAL 2010 PLIEGO 011- MINSA	OBJETIVO GENERAL DE LA DEPENDENCIA	INDICADOR	VALOR ESPERADO DEL INDICADOR	VALOR ALCANZADO DEL INDICADOR	GRADO DE CUMPLIMIENTO (%)	VALORACION DEL OBJETIVO	
						(8)	
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)	INFLUENCIA	DEPENDENCIA
Contribuir en la disminución de la morbimortalidad materno neonatal, mediante una atención integral de salud, fortaleciendo las actividades de prevención, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con enfoque de derecho, equidad de genero e inter	OG 01 Disminuir la Morbimortalidad Materno Neonatal, con énfasis en la población de menores recursos, con enfoque de derechos	Tasa de Mortalidad Materna	4.20%	2.10%	50.00%	5	4
		Tasa de Mortalidad Perinatal	0%	1.38%	0.00%	5	4
Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica de menores de 5 años, mediante una atención integral de salud, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con énfasis en la alimentación y nutrición, priorizando a la población en pobreza y extr	OG 2 Contribuir en la disminución de la desnutrición crónica en menores de 5 años basadas en el enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad priorizando las poblaciones de pobreza y extrema pobreza.	Porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de 5 años	4	4.3	93.02%	5	4
		Incidencia de Anemia por deficiencia de Hierro en niños de 6 a 23 meses de edad en EESS de 1er y II-2 Nivel	41%	48%	85.42%	5	4
		Porcentaje de Instituciones educativas acreditadas de primer nivel	97%	0%	0.00%	4	5

EVALUACION DE LOS OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN OPERATIVO 2011

MATRIZ N° 7 EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN OPERATIVO SEMESTRAL 2011

DENOMINACION: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

MISIÓN: La Misión de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV, es lograr que la población asignada tenga acceso a los servicios de salud con calidad, que administra y cuyo recursos gestiona y provee, para

promocionar la salud de la persona desde su fecundación hasta su muerte natural, para restablecer su salud de acuerdo al nuevo modelo de atención integral de salud, para prevenir las enfermedades, para

proteger y recuperar la salud de la población en situaciones de emergencia y desastres y para apoyar a la comunidad e instituciones en la construcción de entornos saludables.

OBJETIVO GENERAL INSTITUCIONAL 2010 PLIEGO 011- MINSA	OBJETIVO GENERAL DE LA DEPENDENCIA	INDICADOR	VALOR ESPERADO DEL INDICADOR	VALOR ALCANZADO DEL INDICADOR	GRADO DE CUMPLIMIENTO (%)	VALORACION DEL OBJETIVO	
						(8)	
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)	INFLUENCIA	DEPENDENCIA
Contribuir en la disminución y control de las enfermedades no trasmisibles, mediante una atención integral de salud, fortaleciendo las actividades de prevención, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con enfoque de derecho, equidad de genero	OG 3 Contribuir al control de las enfermedades no trasmisibles, incorporando modelos eficientes de intervención sanitaria para la prevención y control, priorizando a la población mas vulnerable con enfoque de derecho equidad de genero e interculturalidad	Porcentaje de personas atendidas en Establecimientos de primer nivel que brindan atención odontológica Básica AOB	80%	11.4%	14.25%	4	4
		Porcentaje de Tamizados con Diagnostico definitivo de Hipertension Arterial	40%	73%	182.82%	4	4
		Porcentaje de Tamizados con Diagnostico definitivo de Diabetes Mellitus	30%	56%	186.37%	4	4
		Porcentaje con Diagnostico de Violencia Familiar	50%	29.25%	58.50%	4	4
		Porcentaje de Tamizados con Agudeza Visual	65%	34%	52.31%	4	4
Contribuir en la disminución y control de las enfermedades trasmisibles, mediante una atención integral de salud, fortaleciendo las actividades de prevención, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con enfoque de derecho, equidad de genero.	OG 4 Prevenir atender y controlar las enfermedades trasmisibles mediante el fortalecimiento y desarrollo de modelos eficientes de intervención sanitaria en especial en las poblaciones vulnerables	Porcentaje de gestantes tamizadas en el primer control prenatal	100%	92.00%	92.00%	5	4
		Indice Aédico (Dato preliminar al mes de mayo) < 1%	1%	1.13%	113.00%	4	3

EVALUACION DE LOS OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN OPERATIVO 2011

MATRIZ N° 7 EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN OPERATIVO SEMESTRAL 2011

DENOMINACION: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

MISIÓN: La Misión de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV, es lograr que la población asignada tenga acceso a los servicios de salud con calidad, que administra y cuyo recursos gestiona y provee, para

promocionar la salud de la persona desde su fecundación hasta su muerte natural, para restablecer su salud de acuerdo al nuevo modelo de atención integral de salud, para prevenir las enfermedades, para

proteger y recuperar la salud de la población en situaciones de emergencia y desastres y para apoyar a la comunidad e instituciones en la construcción de entornos saludables.

OBJETIVO GENERAL INSTITUCIONAL 2010 PLIEGO 011- MINSA	OBJETIVO GENERAL DE LA DEPENDENCIA	INDICADOR	VALOR ESPERADO DEL INDICADOR	VALOR ALCANZADO DEL INDICADOR	GRADO DE CUMPLIMIENTO (%)	VALORACION DEL OBJETIVO	
						(8)	
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)	INFLUENCIA	DEPENDENCIA
Contribuir en la disminución y control de las enfermedades transmisibles, mediante una atención integral de salud, fortaleciendo las actividades de prevención, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con enfoque de derecho, equidad de género e i	OG 5 Contribuir a la Prevención y Control del Cáncer en el ámbito de la Red	Porcentaje de mujeres con exámenes de Papanicolaou	1%	37%	3655.07%	5	4
	OG 6 Desarrollar actividades sostenibles que involucren a la población e instituciones en acciones orientadas a mejorar la salud y calidad de vida	Municipios acreditados	4	0	0.00%	4	4
		Incidencia de Daños Sujeto a vigilancia Epidemiológica	2.0	2.7	74.07%	4	4
			Supervisión de Guías clínicas. Implementación de guía clínica en el Hospital	83%	0%	0.00%	5
Contribuir en la disminución y control de las enfermedades transmisibles, mediante una atención integral de salud, fortaleciendo las actividades de prevención, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con enfoque de derecho, equidad de género e i	OG 7 Incrementar la calidad y acceso a los medicamentos y servicios de salud	Proporción de productos del peticionario con stock cero	17%	42.97%	252.76%	5	3
		Pacientes que reciben Apoyo Social	15,000		0.00%	5	3
		Promedio de exámenes de laboratorio por atención	1.4	1.44	102.86%	4	4
	OG 8 Consolidar el proceso de mejora de competencias de las personas que trabajan en el hospital, mediante la capacitación	Porcentaje de personal capacitado	100%	0.11%	0.11%	0	0

EVALUACION DE LOS OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN OPERATIVO 2011

MATRIZ N° 7 EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN OPERATIVO SEMESTRAL 2011

DENOMINACION: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

MISION: La Misión de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV, es lograr que la población asignada tenga acceso a los servicios de salud con calidad, que administra y cuyo recursos gestiona y provee, para promocionar la salud de la persona desde su fecundación hasta su muerte natural, para restablecer su salud de acuerdo al nuevo modelo de atención integral de salud, para prevenir las enfermedades, para proteger y recuperar la salud de la población en situaciones de emergencia y desastres y para apoyar a la comunidad e instituciones en la construcción de entornos saludables.

OBJETIVO GENERAL INSTITUCIONAL 2010 PLIEGO 011- MINSA	OBJETIVO GENERAL DE LA DEPENDENCIA	INDICADOR	VALOR ESPERADO DEL INDICADOR	VALOR ALCANZADO DEL INDICADOR	GRADO DE CUMPLIMIENTO (%)	VALORACION DEL OBJETIVO	
						(8)	
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)	INFLUENCIA	DEPENDENCIA
Fortalecer el ejercicio de la rectoría a través de la optimización de los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud, enfatizando en la mejora del desempeño institucional en función a resultados, en el marco de la modernización y descentral	OG 9 Asignar eficientemente los recursos económicos y financieros de la red y el hospital, mejorando la eficiencia de la gestión administrativa y la calidad de los servicios de salud.	Indice de insatisfacción en consulta externa del usuario externo	86.6%	41.2%	47.60%	5	4
		Numero de Solicitudes de acceso a la Información Pública	50	0	0%	3	3
		% de Cumplimiento del Plan de Mantenimiento de equipos biomédico	80%	40%	50.0%	5	4

1. ANALISIS DE LOS OBJETIVOS GENERALES

1) OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO (OG 1):

Disminuir la Morbimortalidad Materno Neonatal, con énfasis en la población de menores recursos, con enfoque de derechos.

Indicador:

- Tasa de Mortalidad Materna : 2.10
- Tasa de Mortalidad Perinatal: 1.38 con un constante de 10000

Los casos de mortalidad materna son superiores a los esperados, se presentaron dos casos de 2457.

En cuanto a la mortalidad perinatal se observa 34 casos de muerte perinatal de 2459 nacimientos de 1000gr.

Las acciones para el segundo semestre se centran en mejorar aún más la capacidad resolutive de los establecimientos de salud FON básico materno.

2) OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO (OG 2):

Contribuir en la disminución de la desnutrición crónica en menores de 5 años basadas en el enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad priorizando las poblaciones de pobreza y extrema pobreza.

Indicador:

- Porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de 5 años: 4.30%
- Incidencia de Anemia por deficiencia de Hierro en niños de 6 a 23 meses de edad en EESS de 1er y II- 2 Nivel : 48%
- Porcentaje de Instituciones educativas acreditadas de primer nivel : 0%

Se está cumpliendo el objetivo el objetivo en lo que respecta al porcentaje de la desnutrición crónica en menores de 5 años, pero no así en los niños de 6 a 23 meses de edad en EESS, que se ha incrementado en 7% con respecto al valor esperado (41%). Se podrá mayor énfasis en el Plan de Vigilancia Nutricional que se realiza en todos los establecimientos de salud, así como cubrir la necesidad de personal competente, equipos, insumos, para realizar las actividades de control de crecimiento y desarrollo (Historia Clínica, balanzas tallímetros, infantómetros) constituyéndose en las limitaciones en poder cumplir la realización de las consejerías nutricional, dosaje de hemoglobina, sesiones demostrativas, visitas domiciliarias a todos los niños con riesgo de desnutrición y anemia en gestantes.

3) Objetivo General (OG 3):

Contribuir al control de las enfermedades no transmisibles, incorporando modelos eficientes de intervención sanitaria para la prevención y control, priorizando a la población más vulnerable con enfoque de derecho equidad de género e interculturalidad

Indicador:

- Porcentaje de personas atendidas en Establecimientos de primer nivel que brindan atención odontológica Básica AOB : 11.4%
- Porcentaje de Tamizados con Diagnostico definitivo de Hipertension Arterial : 73%
- Porcentaje de Tamizados con Diagnostico definitivo de Diabetes Mellitus: 56%
- Porcentaje con Diagnostico de Violencia Familiar : 29.25%
- Porcentaje de Tamizados con Agudeza Visual: 34%

Con respecto al porcentaje de personas atendidas en establecimiento del primer nivel que se brindan atención odontológica básica, el nivel alcanzado al I semestre solo se ha logrado el 14% de indicador esperado. Pero en cuanto a la atención de la Población de 0 A 11 Años, Gestante y Adulto Mayor de Enfermedades de la Cavidad Bucal (Caries, Periodontitis, Lesiones de la Pulpa y Edentulismo), en el cual se ha puesto mayor énfasis, la meta estimada al primer semestre ha sido largamente superado llegando al 91.78% de avance.

Con respecto a la prevención por ceguera por catarata, el principal problema para alcanzar el indicador está condicionada a la accesibilidad geográfica y económica de la población al hospital que es donde se realiza las operaciones, así como a la idiosincrasia de la población al asistencialismo y obsequios que reciben por parte de las ONG, que si bien también realizan estas operaciones aun no se realiza un trabajo coordinado con el Hospital para cumplir con el objetivo en beneficio de la población.

En cuanto al Porcentaje con Diagnostico de Violencia Familiar, se ha alcanzado el 59% del indicador esperado, lo cual indica que a fin de año se deb estar cumpliendo el indicador esperado. Pero una visión integral a las abordaje de las enfermedades mentales, nos indica que existen dificultades en los establecimientos de primer nivel en cuanto a la dotación de psicólogos, actualmente solo 3 de los 15 centros de salud cuentan con este profesional, así como de ambiente adecuado, por lo que se requiere con suma urgencia abordar

este inconveniente con la finalidad de mejorar la calidad de atención a la población.

4) Objetivo General (OG 4):

Prevenir atender y controlar las enfermedades transmisibles mediante el fortalecimiento y desarrollo de modelos eficientes de intervención sanitaria en especial en las poblaciones vulnerables

Indicador:

- Porcentaje de gestantes tamizadas en el primer control prenatal : 92%
- Índice Aédico : 1.13%

Con respecto al porcentaje de gestantes tamizadas en el primer control prenatal, en el I Semestre se ha logrado un avance de 92% quiere decir que no se ha logrado ni el 1% de lo esperado, por lo que esta previsto no cumplir con el indicador esperado.

En lo que respecta al índice aédico, este a sufrido un incremento de 0.13 con respecto a lo esperado.

5) Objetivo General (OG 5):

Contribuir a la Prevención y Control de Cáncer en el ámbito de la Red de Salud Lima Norte IV

Indicador:

- Porcentaje de mujeres con exámenes de Papanicolaou :37%

El Porcentaje de mujeres con exámenes de Papanicolaou es del 37%, superando ampliamente el indicador esperado que se estableció en 1%, debido a las implicancias que significaba la implementación de este programa estratégico. Para el próximo año se redefinirá el indicador esperado.

6) Objetivo General (OG 6):

Desarrollar actividades sostenibles que involucren a la población e instituciones en acciones orientadas a mejorar la salud y calidad de vida

Indicador:

- Municipios acreditados : 0
- Incidencia de Daños Sujeto a vigilancia Epidemiológica: 2.7

El indicador de municipios acreditados será cumplido a fin de año debido que la acreditación de las municipalidades es un proceso que concluye en esa fecha,.

El indicador de Incidencia de Daños Sujeto a vigilancia Epidemiológica, este a ha tenido un incremento de 0.7 en el I Semestre.

7) Objetivo General (OG 7):

Incrementar la calidad y acceso a los medicamentos y servicios de salud

Indicador:

- Supervisión de Guías clínicas. Implementación de guía clínica en el Hospital : 0%
- Proporción de productos del petitorio con stock cero :42.97%
- Pacientes que reciben Apoyo Social: ---S/D
- Promedio de exámenes de laboratorio por atención: 1.44

En el I Semestre no se ha realizado la implementación de las guías clínicas

La proporción de productos del petitorio con stock cero se encuentra en 42.97% superior a lo esperado lo que representa un inadecuado abastecimiento en la farmacia, debido a la demora de las compras corporativas, este indicador se prevé mejor en el II Semestre.

En cuanto al promedio de exámenes de laboratorio por atenciones, se encuentra en el nivel esperado.

8) Objetivo General (OG 8):

Consolidar el proceso de mejora de competencias de las personas que trabajan en el hospital, mediante la capacitación

Indicador:

- Porcentaje de personal capacitado: 0.11%

Debido al retraso en la aprobación por el órgano competente en los primeros meses no se realizaron capacitaciones.

9) Objetivo General (OG 9):

Asignar eficientemente los recursos económicos y financieros de la red y el hospital, mejorando la eficiencia de la gestión administrativa y la calidad de los servicios de salud.

Indicador:

- Índice de insatisfacción en consulta externa del usuario externo: 41.2%
- Número de Solicitudes de acceso a la Información Pública : 0
- % de Cumplimiento del Plan de Mantenimiento de equipos biomédico: 40%

El Objetivo 9 medido por los indicadores propuestos, se encuentra en proceso de cumplimiento, en lo que respecta a los indicadores de ; Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Mantenimiento de equipos biomédico es del 40%, y el

Numero de solicitudes de acceso a la información pública, es cero debido a que la población usuaria aún ha empoderado esa habito.

Con respecto a la Índice de Insatisfacción en consulta externa del usuario externo, este se encuentra por debajo de lo deseado, por lo que se debe de trabajar en mejorar el proceso de consulta externa en forma integral (historia clínica oportuna, respeto al horario de las citas y las consultas, mejora de la calidad de atención en consultorio, mejora en el servicio de caja, entre otros)

2. EVALUACION DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PLAN OPERATIVO ANUAL 2011.

Los objetivos específicos se evalúan considerando el porcentaje de avance de las actividades, con respecto a la meta anual, por lo que en este primer semestre se presentarán un gran número de actividades que estarán con avances iguales o menores al 25% calificándolas como retrasadas. Así tenemos que se califica como RETRASADO cuando el grado de avance es menor al 85%, ACEPTABLE cuando el grado de avance es mayor al 85% pero menor al 90%. ADECUADO, cuando el grado de avance es mayor al 90% o igual al 100%. NO ADECUADO, cuando el grado de avance es mayor al 100%.

1) OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO (OG 1): Disminuir la Morbimortalidad Materno Neonatal, con énfasis en la población de menores recursos, con enfoque de derechos.

- **OBJETIVO ESPECIFICO 1 Conducción de la estrategia.** En el primer trimestre se ha cumplido con el 100% de la meta, mostrando un avance de acuerdo a lo programado, pero según el tablero de control muestra un avance retrazado. Para que el proceso de recopilación y proceso de la información sea más fluido se programa reuniones mensuales con las coordinadoras de las estrategias sanitarias.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 2 Población con Conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva y que Accede a Métodos de Planificación Familiar.** Del 100% de las 5 actividades programadas, el 100%, muestran un cumplimiento retrasado.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 3 Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna.** De las 8 actividades operativas, el 75% de las actividades (6)

muestran un avance retrasado, y (2) dos que representa el 25% un avance no adecuado.

- **OBJETIVO ESPECIFICO 4 Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal.**

De las 03 actividades operativas, el 100% muestran un avance retrasado.

2) OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO (OG 2): Contribuir en la disminución de la desnutrición crónica en menores de 5 años basadas en el enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad priorizando las poblaciones de pobreza y extrema pobreza.

- **OBJETIVO ESPECIFICO 1 Conducción de la gestión de la estrategia.** El La actividad operativa tiene una ejecución del 100%. Pero según el tablero de control señala un avance retrasado. Se cumple con el monitoreo de las actividades programadas.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 2 Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.** De las 6 actividades operativas que contribuyen al cumplimiento del objetivo específico, el 83% es decir 5 se encuentra en estado retrasado y el 17 % en estado no adecuado.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 3 Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes.** De las 08 actividades operativas, que corresponden a este objetivo específico, el 75.% es decir (6) muestran un estado retrasado y el 25% (2) muestran un estado no adecuado.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 4 Reducir la incidencia de bajo peso al nacer.** La única actividad programada en el presente objetivo específico muestra el estado retrasado.

3) OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO (OG 3): Contribuir al control de las enfermedades no trasmisibles, incorporando modelos eficientes de intervención sanitaria para la prevención y control, priorizando a la población más vulnerable con enfoque de derecho equidad de género e interculturalidad

- **OBJETIVO ESPECIFICO 1 Conducción de la gestión de la estrategia de enfermedades no trasmisibles** La actividad operativa tiene una ejecución del 100%. Pero según el tablero de control señala un avance retrasado. Se cumple con el monitoreo de las actividades programadas.

- **OBJETIVO ESPECIFICO 2 Comunidad que promueven practicas saludables para la prevención de enfermedades no trasmisibles (Salud Bucal, Mental, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Ocular).** De las 3 actividades operativas el 33% (1) muestra un avance retrasado. Y el 67% (2) un avance no adecuado.
 - **OBJETIVO ESPECIFICO 3 Población de 0 a 11 años, Gestantes y Adulto Mayor reciben Paquete Integral de Tratamiento Bucal.** La única actividad muestra un avance retrasado.
 - **OBJETIVO ESPECIFICO 4 Población que acude al EESS recibe Tratamiento Oportuno de Hipertensión Arterial.** La única actividad muestra un avance retrasado.
 - **OBJETIVO ESPECIFICO 5 Población que acude al EESS recibe Tratamiento Oportuno de Diabetes Mellitus.** La única actividad muestra un avance retrasado.
 - **OBJETIVO ESPECIFICO 6 Poblacion que acude a los EESS con Problemas y Trastornos de salud Mental reciben Tratamiento Oportuno.** La única actividad muestra un avance retrasado.
 - **OBJETIVO ESPECIFICO 7 Población Priorizada con Problemas de Cataratas y Errores Refractorios, reciben Diagnostico y Tratamiento.** De las dos (2) actividades operativas, el 100% muestra un avance retrazado.
- 4) OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO (OG 4) : Prevenir atender y controlar las enfermedades transmisibles mediante el fortalecimiento y desarrollo de modelos eficientes de intervención sanitaria en especial en las poblaciones vulnerables.**
- **OBJETIVO ESPECIFICO 1 Conducción de la gestión de la estrategia enfermedades trasmisibles (VIH/SIDA - Tuberculosis).** La actividad operativa tiene una ejecución del 100%. Pero según el tablero de control señala un avance retrasado. Se cumple con el monitoreo de las actividades programadas.

- **OBJETIVO ESPECIFICO 2 Disminuir el riesgo de infección por VIH Sida y tuberculosis en población.** De las tres actividades programadas el 100% tiene un avance retrasado.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 3 Prevención de riesgos y daños para la salud VIH Sida.** De las cuatro actividades programadas el 50% (2) tiene un avance retrasado y el 50% (2) tiene un avance no adecuado.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 4 Disminución de incidencia de tuberculosis.** De las cinco (5) actividades programadas el 80% (4) tiene un avance retrasado y el 20% (1) un avance aceptable.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 5 Población que accede a diagnóstico y tratamiento oportuno.** De las cinco (3) actividades programadas el 100% tiene un avance retrasado.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 6 Conducción de la gestión de la estrategia de enfermedades metaxenicas y zoonosis** La única actividad programada tiene un avance retrasado.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 7 Prevención de riesgos y daños para la salud en metaxenicas y zoonosis** De las cinco (5) actividades programadas el 80% (4) tiene un avance retrasado y el 20% (1) un avance no adecuado.

5) OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO (OG 5): Contribuir a la Prevención y Control de Cáncer en el ámbito de la Red de Salud Lima Norte IV.

- **OBJETIVO ESPECIFICO 1 Reducción de la morbilidad por cáncer de cérvix en atención básica.** De las dos actividades programadas el 100% tiene un avance retrasado.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 2 Reducción de la Morbilidad por Cáncer de Mama.** De las dos actividades programadas el 100% tiene un avance retrasado.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 3 Reducción de la Morbilidad por Cáncer Gástrico.** La única actividad programada se encuentra retrasada.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 4 Reducción de la Morbilidad por Cáncer de Próstata.** Las tres actividades programadas muestran un avance retrasado.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 5 Reducción de la Morbilidad por Cáncer de Pulmón.** Las dos actividades programadas se encuentran retrasadas.

- **OBJETIVO ESPECIFICO 6 Reducción de la Morbilidad por Cáncer de Cérvix en Atención Especializada.** Las dos actividades programadas se encuentran retrasadas.

6) OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO (OG 6): 6: Desarrollar actividades sostenibles que involucren a la población e instituciones en acciones orientadas a mejorar la salud y calidad de vida.

- **OBJETIVO ESPECIFICO 1 Involucrar a la población organizada en las acciones de promoción de la salud.** El 100% de actividades programadas (5) están retrasadas.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 2 Desarrollar las Actividades de Control y Prevención de riesgos y daños para la salud y el medio ambiente.** Se programaron diez actividades operativas de las cuales el 90% (9) se encuentran retrasadas y el 10% (1) en un avance no adecuado.

7) OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO (OG 7): Incrementar la calidad y acceso a los medicamentos y servicios de salud.

- **OBJETIVO ESPECIFICO 1 Brindar atención médica especializada e integral en forma oportuna y de calidad a población. Promover estilos de vida saludables y controlar los riesgos y daños para la salud.** Se programaron 14 actividades operativas de las cuales el 86% (12) muestran un avance retrasado, el 7% (1) un avance aceptable, y el 7% un avance no aceptable.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 2 Brindar atención médica básica e integral en forma oportuna y de calidad a población. Promover estilos de vida saludables y controlar los riesgos y daños para la salud.** Se programaron 12 actividades operativas de las cuales el 92% (11) muestran un avance retrasado, el 8% (1) un avance no aceptable.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 3 Mantener un adecuado suministro de medicamentos.** El 100% de actividades programadas (3) muestran un avance retrasado.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 4 Identificar, a los paciente para brindar apoyo para la recuperación de su salud con énfasis en los de escasos recursos.**

Se programaron 5 actividades operativas de las cuales el 80% (4) muestran un avance retrasado, el 20% (1) un avance no aceptable.

- **OBJETIVO ESPECIFICO 5 Proveer Oportunamente, Eficaz y Eficiente de los Servicios Médicos de Apoyo al Diagnostico en los Centros, Puestos de Salud y el Hospital.** Se programaron 2 actividades operativas de las cuales el 100% (2) muestran un avance retrasado
- **OBJETIVO ESPECIFICO 6 Proveer Oportunamente, Eficaz y Eficiente de los Servicios Médicos de Apoyo al Diagnostico en el Hospital** Se programaron 2 actividades operativas de las cuales el 100% (2) muestran un avance retrasado.

8) OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO (OG 8): Consolidar el proceso de mejora de competencias de las personas que trabajan en el hospital, mediante la capacitación.

OBJETIVO ESPECIFICO 1 Capacitar mediante la actualización medica continua, en gestión y administrativa hospitalaria mejorando las competencias del personal de la Red de Salud. Las dos actividades programadas tienen un avance retrasado.

9) OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO (OG 9): Asignar eficientemente los recursos económicos y financieros de la red y el hospital, mejorando la eficiencia de la gestión administrativa y la calidad de los servicios de salud.

- **OBJETIVO ESPECIFICO 1 Gestionar y Administrar los Recursos Financieros para el Cumplimiento de los Objetivos** Se programaron 4 actividades operativas de las cuales el 100% (4) muestran un avance retrasado
- **OBJETIVO ESPECIFICO 2 Atender Oportunamente a los personas coberturadas por un seguro de salud.** Se programaron 2 actividades operativas de las cuales el 50% (1) muestran un avance retrasado, el 50% (1) un avance no aceptable.
- **OBJETIVO ESPECIFICO 3 Gestionar , Implementar, monitorear y evaluar las acciones que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a la mejora continua de la calidad de los servicios de salud**

Se programaron 4 actividades operativas de las cuales el 100% (4) muestran un avance retrasado.

- **OBJETIVO ESPECIFICO 4 Mejorar el sistema de información estadística mediante la mejora de procesos y las herramientas informáticas** Se programaron 3 actividades operativas de las cuales el 100% (3) muestran un avance retrasado
- **OBJETIVO ESPECIFICO 5 Implementar la gestión tecnológica** Se programaron 3 actividades operativas de las cuales el 67% (2) muestran un avance retrasado y una actividad 33% (1) un avance adecuado
- **OBJETIVO ESPECIFICO 6 Fortalecer el sistema de acceso a la información Pública en el institución** Se programaron 2 actividades operativas de las cuales el 100% (2) muestran un avance retrasado

3. RECURSOS PRESUPUESTALES PROGRAMADOS Y EJECUTADOS 2011

La Ejecución Presupuestal de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV (UE 036 Hospital Puente Piedra y SBS) al I Semestre del 2011 ha alcanzado una ejecución acumulada por toda fuente de financiamiento de 48.50.%, respecto al Presupuesto Inicial Modificado, mientras que la ejecución desagregada por fuente de financiamiento ha sido del 41% por la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios, 40% por la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados y del 19% por la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias, todas con respecto a los Calendarios de Compromisos autorizados al año 2011.(Recursos Presupuestales Programados y Ejecutados el 2011).

**RECURSOS PRESUPUESTALES PROGRAMADOS
Y EJECUTADOS EL 2011
DIRECCION DE RED DE SALUD LIMA NORTE IV
UE: 036 HOSPITAL PUENTE PIEDRA Y SBS**

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIA	PIM	EJECUCION		
			CALENDARIO	EJECUCION	AVANCE %
RECURSOS ORDINARIOS	31,368,620	36,872,505	30,988,786	14,974,442	41%
RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	3,561,852	4,424,250	3,431,200	1,778,579	40%
DONACIONES Y TRASFERENCIAS	0	1,005,651	851,019	188,365	19%

TOTAL EJECUCION	34,930,472	42,302,406	35,271,005	16,941,386	100%
------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 2011

POR OBJETIVOS ESPECIFICOS

OBJETIVOS GENERALES	PIA	PIM	RO	RDR	DYT	EJEC. ENE-JUN	% EJEC. I SEMESTRE 2011
OBJETIVO 1	3,063,952	3,871,865	1,559,651	30,216	0	1,589,867	41.06%
OBJETIVO 2	1,556,975	2,423,190	1,127,362	28,917	0	1,156,279	47.72%
OBJETIVO 3	139,200	307,644	29,064	2,000	0	31,064	10.10%
OBJETIVO 4	292,900	738,120	104,564	27,120	0	131,684	17.84%
OBJETIVO 5	0	361,016	5,000	0	0	5,000	1.38%
OBJETIVO 6	779,408	822,397	342,142	86,015	0	428,157	52.06%
OBJETIVO 7	25,300,805	30,588,235	10,383,671	1,347,712	0	11,731,383	38.35%
OBJETIVO 8	565,272	407,492	57,461	17,130	0	74,591	18.30%
OBJETIVO 9	3,231,960	4,177,606	1,365,527	239,469	0	1,604,996	38.42%
TOTAL	34,930,472	43,697,565	14,974,442	1,778,579	0	16,753,021	38.34%

Del Cuadro anterior podemos indicar que del presupuesto ejecutado durante el Año 2011 para el cumplimiento de los objetivos planteados en el Plan Operativo;

El 52.06% del presupuesto se ha destinado al cumplimiento del Objetivo Específico 6 **Desarrollar actividades sostenibles que involucren a la población e instituciones en acciones orientadas a mejorar la salud y calidad de vida**

El 47.72% del presupuesto se ha destinado para cumplir con el Objetivo Específico 2 **Contribuir en la disminución de la desnutrición crónica en menores de 5 años basadas en el enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad priorizando las poblaciones de pobreza y extrema pobreza.**

El 41.06% del presupuesto ha sido ejecutado en el cumplimiento del Objetivo Específico. (1) **Disminuir la Morbimortalidad Materno Neonatal, con énfasis en la población de menores recursos, con enfoque de derechos**

El 38.42% del presupuesto se ha destinado al cumplimiento del Objetivo Específico 9 **Asignar eficientemente los recursos económicos y financieros de la red y el hospital, mejorando la eficiencia de la gestión administrativa y la calidad de los servicios de salud.**

El 38.35% se destina a lograr el Objetivo Específico 7 **Incrementar la calidad y acceso a los medicamentos y servicios de salud.**

El **18.30%** se destino para lograr el Objetivo Específico 8 **Consolidar el proceso de mejora de competencias de las personas que trabajan en el hospital, mediante la capacitación.**

El **17.84%** se destino para lograr el Objetivo Específico 4 **Prevenir atender y controlar las enfermedades transmisibles mediante el fortalecimiento y desarrollo de modelos eficientes de intervención sanitaria en especial en las poblaciones vulnerables**

El **10.10%** se destino para lograr el Objetivo Específico 3 **Contribuir al control de las enfermedades no trasmisibles, incorporando modelos eficientes de intervención sanitaria para la prevención y control, priorizando a la población mas vulnerable con enfoque de derecho equidad de género e interculturalidad**

El **1.38%** se destino para lograr el Objetivo Específico 5 **Contribuir a la Prevención y Control del Cáncer en el ámbito de la Red.**

Factores Limitantes:

- Aún no se cuenta con suficiente recursos Humanos para el cumplimiento de los programas estratégicos en el primer nivel de atención.
- Escasos médicos especialistas
- El Plan Operativo del 2011 se formula luego de contar con el marco presupuestal, debiendo ajustarse a los cuadros de necesidades a la base histórica del presupuesto.
- Aun subsisten la programación de los cuadros de necesidades en base a la programación histórica.
- La hoja HIS no permite registrar las atenciones de acuerdo al detalle de la Unidad de medida de las nuevas finalidades en lo que respecta a metas estratégicas.

Factores Críticos:

- Insuficiente número de personal profesional administrativo, acorde a los nuevos desafíos de la Gestión Pública
- Dotación de material médico e instrumental insuficiente en las centros de salud y áreas críticas y estratégicas (Centro quirúrgico, Obstetricia, Rayos X, entre otros).
- Limitada capacidad resolutive cuantitativa en cuanto al componente infraestructura
- Producción y procesamiento de la información no es oportuna, limitando el adecuado monitoreo y toma de decisiones.

Estrategias para alcanzar los resultados :

- Continuar con el involucrar de la población en la solución de los problemas de salud, participando en la promoción con los promotores de salud, y en el hospital el voluntariado.
- Establecer un programa de reconocimiento de los trabajadores comprometidos con la población usuaria.
- Analizar la pertinencia de organizar los documentos de gestión considerando a los establecimientos de salud integrantes de la Red de Salud (Plan Estratégico, Plan Operativo y de Actividades de los establecimientos de salud),
- Continúa con el proceso de mejora del proceso de planeamiento, formulando con anticipación los planes de actividades de las unidades orgánicas
- Involucrar al personal en los procesos de planeamiento en la perspectiva de los planes de corto plazo, con la finalidad de establecer continuidad de las acciones.
- Formulación y ejecución de proyectos de inversión necesarios que permitan superar los problemas de la oferta de servicios de salud.
- Formular el Plan Bianual Operativo 2012-2013 y un Plan de Desarrollo Institucional del Hospital y de la Red de Servicios de Salud, participativo y consensado con la finalidad de establecer un desarrollo de mediano y largo plazo.

IV ANALISIS INTEGRAL

El análisis de la ejecución de las actividades operativas del Plan Operativo Institucional al I Semestre del 2011, nos permite afirmar que en términos generales se han cumplido con la ejecución de las actividades operativas programadas.

Como manifestamos, debido a que el avance de las metas están en relación a la meta anualizada y que para considerarse un avance adecuado esta debe ser mayor al 85% de la meta anual, por lo que se presentarán un gran número de actividades que estarán con avances iguales o menores al 25% calificándolas como retrasadas

Así tenemos que del total de actividades operativas (150), el 85 % de las actividades operativas es decir (128) se encuentra en estado NO INICIADO/ RETRASO. Y en cuanto a las actividades EN PROCESO/ACEPTABLE estas representan el 1%, y el 1% de las actividades se encuentran en un estado ADECUADO/TERMINADO y el 12% en estado NO ADECUADO.

Se ha producido dos muertes maternas en el ámbito de la Red y el Hospital.

Se viene ejecutando cinco programas estratégicos.

Si bien los indicadores que presentamos muestran valores que explicarían el cumplimiento de de los objetivos, como el caso de la tasa de mortalidad materna, el Fortalecer la

articulación de un sistema de vigilancia comunitaria centinela, en cuanto a los demás indicadores aún no se logra un resultado positivo, toda vez que estos se concretizan a fines del año. Por lo que en el Segundo Semestre se realizará además del monitoreo, evaluaciones mensuales con énfasis en los programas estratégicos.

V PERSPECTIVAS DE MEJORA

De manera general en el presente semestre aún no se ha superado el principal problema que limita el cumplimiento de las actividades operativas, Recursos Humanos (profesionales de la salud); infraestructura cualitativa y en menor medida la renovación de los equipos.

En el transcurso del presente años se gestionan la adquisición de instrumental médico y equipos para los puestos de salud, así como la convocatoria a los profesionales para el reemplazo de personal. Se gestiona el presupuesto para la ejecución de proyecto de inversión aprobado.

En cuanto a los recurso humano, si bien se puede contar con profesional médico por servicios de terceros, por lo que la dotación de personal médico puede ser suficiente, pero más no así la superar la calidad y oportunidad de atención, debido a que el recurso humano en la mayoría de los casos labora en el hospital luego de realizarlo en otros centros de salud.

En cuanto al cumplimiento de las metas, del 100% (150) de las metas operativas el 85% se encuentran en un nivel de retrasado (128), el 1% (2) en nivel aceptable y adecuado y un 12% (18) con un avance no adecuado.

La Oficina de Administración en coordinación con los Médicos Jefes de Departamento y Establecimientos de Salud viene programando acciones para garantizar el cumplimiento de las metas para el segundo semestre.

Otro aspecto a considerar es el involucramiento del personal al logro de los objetivos y de la implementación del presupuesto por resultados que este año se ha incrementado con dos nuevos programas, por lo que se realizaran reuniones mensuales para evaluar los programas estratégicos.

Continuar con la política del cumplimiento de las fechas límites establecidas cumplir con el calendario aprobado, en lo que respecta a la adquisición de bienes y servicios

Brindar abastecimiento oportuno de Insumos, reactivos, material y equipos médicos, a fin de que se realicen las actividades hospitalarias de los establecimientos cuando lo requieran.

Fortalecer al personal de las jefaturas y directivo en aspectos gerenciales (estudio de clima organizacional, gestión de proyectos de inversión, etc.).