

EVALUACIÓN FINAL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2016-2020

ABRIL 2022

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN



SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ



**INFORME TECNICO
CITE: INF PLN N° 002/2022**

A: Dra. Gabriela Lima Bolívar
GERENTE GENERAL SSULP

Vía: Lic. Paola Paniagua Sánchez
JEFE DE PLANIFICACIÓN a.i.

De: Dr. Elías Huanca Quisbert
PROFESIONAL EN PLANIFICACION

Ref: **INFORME TECNICO DE EVALUACION FINAL PLAN
ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2016-2020 DEL SEGURO
SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ**

Fecha: **La Paz, 26 de abril de 2022**


Lic. Paola M. Paniagua Sánchez
JEFE a.i. DE PLANIFICACIÓN
SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO


Dr. Elías Huanca Quisbert
Profesional en Planificación
SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ

De mi consideración:

En atención a la instrucción realizada por la Jefatura de la Unidad de Planificación del SSULP y posterior a la revisión del marco legal, antecedentes, documentación generada para la evaluación del Plan Estratégico Institucional del SSULP 2016-2020 me permito informar lo siguiente:

1. INTRODUCCION

Como establece el Sistema de Planificación Integral del Estado, como parte del proceso cíclico de la planificación (L. 777 Art. 11) corresponde realizar la evaluación física y financiera a la planificación institucional establecida en el Plan Estratégico Institucional del Seguro Social Universitario La Paz 2016-2020, puesto que permitirá establecer el cumplimiento de metas a las acciones establecidas en el PEI, las dificultades presentadas, los aciertos que se tuvieron y orientar las metas del siguiente quinquenio, en este sentido y de acuerdo a la normativa vigente y establecida en el Sistema de Planificación Integral se elabora el presente informe técnico de evaluación final del Plan Estratégico Institucional 2016-2020.

2. OBJETO DE LA EVALUACION DEL POA

La evaluación integral en el marco del Sistema de Planificación Integral del Estado tiene por objeto la comparación entre lo planificado y lo ejecutado considerando una perspectiva cuantitativa y cualitativa, con el objeto de calificar la ejecución o desempeño institucional en el mediano plazo de las acciones planificadas con la programación en sus respectivos indicadores, con el fin de mejorar la estrategia o el modo de funcionamiento institucional, considerando el resultado final del producto generado (eficacia) y si se están desencadenando los impactos programados (efectividad), y en los términos en los que se logró (Eficiencia y economía), en el mediano plazo permitiendo generar lecciones aprendidas para mejorar las intervenciones institucionales.

3. ANTECEDENTES Y MARCO LEGAL

Constitución Política del Estado

La Constitución Política del Estado en su Capítulo II establece como función del Estado en la economía, conducir el proceso de planificación económica y social, con participación y consulta

17
2

establece en el marco de sus competencias y atribuciones la pertinencia de la homologación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social Universitario La Paz.

Plan Estratégico Institucional 2016-2020 del Seguro Social Universitario La Paz

Enfoque Político

El Seguro Social Universitario La Paz, como Ente Gestor de Salud del Sistema de Seguridad Social Boliviano, creado por Resolución N° 28/207/11079 de 4 de junio de 1970 del Honorable Consejo Universitario Revolucionario de la Universidad Mayor de San Andrés y Decreto Supremo N° 09650 de 31 de marzo de 1971 del Supremo Gobierno de la Nación, con personalidad jurídica, autonomía de gestión técnica, legal, administrativa, financiera y patrimonio propio, es una institución descentralizada de Derecho Público. *Tiene como misión el otorgamiento de prestaciones de salud del Régimen de Corto Plazo del Sistema de Seguridad Social*, de conformidad a las previsiones legales contenidas en el Código de Seguridad Social, su Decreto Reglamentario y demás disposiciones conexas y complementarias, a favor de los docentes, funcionarios administrativos y jubilados de la Universidad mayor de San Andrés y de las entidades y personas afiliadas conforme a Ley.

Misión Institucional

Somos una Entidad de Seguridad Social Universitaria que presta servicios de salud, enmarcados en las prestaciones reconocidas por el Código de Seguridad Social de Corto Plazo para contribuir a mejorar la calidad de vida de nuestros asegurados y beneficiarios.

Visión Institucional

Constituir una red acreditada de servicios de salud y núcleo del Sistema de la Seguridad Social Universitaria Boliviana.

Estructura Organizacional

La estructura organizacional del Seguro Social Universitario La Paz, fue aprobada, mediante Resolución Gerencial N° 028/2014 de fecha 12 de diciembre del 2014 y Resolución de Directorio N° 026/2014 del 23 de diciembre de 2014, en el cual se aprueba el organigrama general y los organigramas de las Áreas de Asesoramiento, Administrativa Financiera y Gerencia de Salud.

25

Sectoriales de Desarrollo Integral para Vivir bien (PSDI-PEM-PEI-PMDI)

Mediante Resolución Ministerial N° 151 del 7 de junio de 2019 el Ministerio de Planificación del Desarrollo aprueba los Lineamientos Metodológicos de Evaluación Integral de cumplimiento obligatorio por entidades encargadas de elaboración de Planes Estratégicos Institucionales, Lineamientos que proporciona los elementos básicos, para que las Instancias Ejecutivas realicen la Evaluación Integral de los planes (pág. 1) en su medio término y final (pág. 7). Así como las etapas, instrumentos y características para la evaluación cuantitativa y cualitativa.

En su contenido establece un rango de semaforización de la ejecución física y/o financiera acumulada respecto al cumplimiento de las metas acumuladas de acuerdo al siguiente detalle:

TABLA: Semaforización para la Ejecución Acumulada

Porcentaje ejecutado respecto a lo programado	Parámetro
Ejecución igual o menor a 30%, en relación a la brecha quinquenal.	Baja
Ejecución entre 30 a 50%, en relación a la brecha quinquenal.	Media
Ejecución mayor o igual a 50%, en relación a la brecha quinquenal.	Alta

Fuente: Lineamientos Metodológicos de Evaluación Integral-MPD

Guía para la presentación del Plan Estratégico Institucional de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo

Asimismo, la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo mediante Resolución Administrativa N° 091/2019 del 29 de mayo de 2019 aprueba la "Guía para la presentación del Plan Estratégico Institucional de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo" que tiene por objeto uniformar la presentación del PEI de los Entes Gestores de la Seguridad Social (Cap. I, pág. 13) y establecer la responsabilidad del seguimiento y evaluación del PEI a cargo de las Máximas Autoridades ejecutivas de los entes Gestores en el marco de una evaluación cuantitativa y/o cualitativa (Cap. VII pág. 28).

4. FUENTES DE INFORMACION

Con el objeto de realizar la evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social Universitario La Paz, correspondiente al periodo quinquenal 2016-2020 en el marco del Sistema de Planificación Integral del Estado, la Unidad de Planificación realizó el relevamiento de la información de las diferentes áreas organizacionales de la institución, a cuya respuesta en anexo adjunto al presente informe se encuentran la documentación remitida y enviada, como fuente de información para la elaboración del presente informe técnico.

5. ANÁLISIS TÉCNICO (ANÁLISIS Y EVALUACION)

5.1. Reporte y evaluación de los indicadores de las acciones de corto plazo logrados y no logrados

De acuerdo a las fuentes de información referidas, en la siguiente tabla de acuerdo a los lineamientos de evaluación del Ministerio de Planificación se cuenta con los siguientes resultados:

TABLA: Reporte y evaluación de los indicadores a la programación 2016-2020 del PEI del SSULP por SemafORIZACIÓN de acuerdo a Lineamientos del Ministerio de Planificación del Desarrollos.

AMP COD	PROGRAMACIÓN 2016-2020				EVALUACIÓN			
	ACCIONES DE CORTO PLAZO	INDICADOR	LÍNEA BASE	META	EJECUTADO	BRECHA	SEMAFORIZACION	CUALITATIVA
1.1	1. Realizar las operaciones de funcionamiento en salud hacia una mejora continua, para coadyuvar en el funcionamiento del SSU-LP	% de cumplimiento de Operaciones de funcionamiento/ total operaciones de funcionamiento	0%	100%	20%	80%	Baja	La Gerencia de Salud reporto que se realizaron los informes trimestrales pero nunca se ejecutó un plan de operaciones, corresponde claridad en la acción y el indicador para su implementación.
	2. Diseñar e implementar el Plan de Gestión de Calidad (PGC) de acuerdo a normas vigentes.	% de seguimiento de ejecución del PGC	0%	100%	20%	80%	Baja	Se solicitó realización de Plan de Gestión de la Calidad, sin embargo no se hizo ni se aprobó ningún plan.
	3. Definir los procesos y procedimientos de la Gestión de Calidad.	Nº de Procesos de Salud y adm. Implementados/Nº total de procesos y procedimiento identificados	0%	100%	0%	100%	Baja	No se pudo realizar un manual de procesos y procedimientos puesto que no se contó con el Plan de Gestión de Calidad.
	4. Elaborar un plan sistematizado orientado a la acreditación del hospital de acuerdo a normas vigentes.	% de ejecución del Plan de Acreditación	10%	100%	0%	100%	Baja	Se trabajó en la preparación para la habilitación y no se pudo elaborar el documento de planificación para la acreditación sin tampoco contar con el comité de acreditación.
	5. Implementar los Comités de salud en el marco de las normativas vigentes.	Nº Comités implementados/Nº comités requeridos	0	100%	80%	20%	Alta	De acuerdo a normativa se pudo establecer los comités con los memorándums de designación, ejecutándose evaluaciones mediante reuniones periódicas
	6. Elaborar los Reglamentos de los Comités de Salud para fortalecer sus actividades y su funcionamiento.	Nº de Reglamentos de Comités aprobados por Resolución Administrativa	0	100%	80%	20%	Alta	Los comités cuentan con su planes de trabajo y reglamento correspondiente constituidos en sus carpetas de los comités.
	7. Realizar de manera conjunta y periódica el análisis de información e indicadores de salud.	Nº de CAI's realizados/Nº de CAI's programados	10%	100%	0%	100%	Baja	No se pudieron realizar el CAIs en el EESS del SSULP.
	8. Implementar y actualizar protocolos de salud para el Diagnóstico y Tratamiento Médico.	Nº de protocolos de salud actualizados en la entidad.	0	100%	0%	100%	Baja	A pesar de la solicitud por escrito a los responsables no se realizaron la actualización de los protocolos de actuación médica.
	9. Establecer un Programa de Medicina Preventiva que contemple la prevención de la enfermedad y promoción de la salud a través de una política de Salud Ocupacional.	%de Aprobación del Programa de Medicina Preventiva en la Entidad	0	100%	40%	60%	Media	Se fortaleció mediante la instalación de un consultorio exclusivo
	10. Desarrollar e implementar nuevos servicios de atención médica especializada en la entidad.	Nº de Nuevos Servicios de Atención Médica / Nº Total de Servicios de atención médica especializada	0	100%	50%	50%	Alta	Se mantiene personal de salud y servicios
	11. Implementar nuevos horarios de atención médica y modalidad de agendamiento acordes a la tecnología y oportunidad.	Nº de horarios implementados / Nº de horarios vigentes	0	100%	50%	50%	Alta	Se mantiene la carga horaria y los contratos de los profesionales
	12. Elaborar un programa de actividades académicas e investigación científica en el pre y post grado en el área de salud.	Informe sobre el avance de las actividades del programa	0%	100%	50%	50%	Alta	Se verifica en comité de enseñanza medica mediante actas e informes
	13. Normar las funciones del Comité de Enseñanza e Investigación.	Informe de cumplimiento de funciones	0%	100%	50%	50%	Alta	Se verifica mediante registro de RRHH
1.2	14. Dotación de Profesional Epidemiólogo.	Inf. Del Proceso de Contratación	0%	100%	100%	0%	Alta	Ya se cuenta con la profesional en Epidemiología quien inicio la elaboración de los perfiles epidemiológicos con periodicidad anual.
	15. Elaborar y actualizar el Perfil Epidemiológico Institucional.	% de Avance del Perfil Epidemiológico	0%	100%	90%	10%	Alta	Verificado en boletín epidemiológico, comité de vigilancia epidemiológica
	16. Diseñar, implementar y actualizar el Plan de programas y campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.	Nº de programas y campañas de promoción y prevención de salud realizadas en la entidad.	0%	100%	40%	60%	Media	Si bien no se cuenta con un plan se realizan campañas de concientización en promoción y prevención.
	17. Establecer convenios y contratos para prestar atención integral en salud.	Nº de Convenio y contratos suscritos para la prestación de salud	0%	100%	20%	80%	Baja	Se realizan los convenio y contratos en especialidades con baja demanda, los mismos se verifican en Dirección Jurídica
	18. Realizar todos los procesos administrativos con una mejora continua, para que coadyuven en el funcionamiento del SSU-LP	% de cumplimiento de operaciones de funcionamiento/total de operaciones de funcionamiento adm.	0%	100%	100%	0%	Alta	Se realizaron de manera regular el seguimiento contándose con los informes de aprobación y evaluación presupuestaria.
2.1	19. Elaborar y actualizar los Reglamentos de los Sistemas de administración y Control Gubernamental, acorde a la naturaleza de la institución	Nº de Reglamentos de los Sistemas de Administración y Control actualizados e implementados en la entidad.	0%	100%	0%	100%	Alta	
	20. Evaluar trimestralmente las adquisiciones de Bienes y Servicios en cumplimiento al POA- PAC de acuerdo a normas.	Nº de informe de evaluación trimestral de adquisiciones realizadas de acuerdo a POA - PAC en la entidad.	0%	100%	100%	0%	Alta	Como actividad recurrente se realizan de manera regular el seguimiento POA-PAC de acuerdo a normativa institucional.
	21. Evaluar semestralmente el Manejo de almacenes generales y de medicamentos físico valorado en base a kardex de acuerdo a normas.	Nº de Informe emitidos sobre evaluación de del manejo de Almacén General y Almacén de medicamentos en la entidad	0%	100%	50%	50%	Alta	Como actividad recurrente se realizan de manera regular los estados de cuenta de almacenes general y medicamentos de acuerdo a normativa institucional
	22. Evaluar trimestralmente la Disposición de Activos Fijos de acuerdo a normas.	Nº de Informe de evaluación trimestral de disposición de Activos Fijos en la entidad.	0%	100%	50%	50%	Alta	Se realizan los estados de cuenta de activos fijos de manera recurrente.
	23. Implementar el Plan de Mantenimiento Correctivo y Preventivo de los equipos hospitalarios, sistemas informáticos e infraestructura hospitalaria.	Nº de Informe de periódicos de cumplimiento de actividades del plan de mantenimiento, correctivo y preventivo de los equipos hospitalarios, sistemas informáticos e infraestructura de la entidad.	0%	100%	100%	0%	Alta	Se cuenta con el planes de mantenimiento y muestra de contratos de los mantenimientos realizados.

	24. Fortalecer el parque automotor con adquisición de nuevas ambulancias debidamente equipadas con tecnología de última generación.	Informe del proceso de adquisición de la ambulancia de la entidad.	0%	100%	100%	0%	Alta	Se realizó la adquisición de la Ambulancia, se cuenta con el Contrato Administrativo correspondiente.
	25. Evaluar Trimestralmente Ingresos y Egresos	Nº de informes de seguimiento trimestral	0%	100%	50%	50%	Alta	Se cuenta con los Estados financieros realizados.
	26. Evaluar mensualmente la Ejecución Presupuestaria y las Certificaciones Presupuestarias emitidas	Nº de Informe mensuales de seguimiento emitidos de la ejecución presupuestaria y certificaciones presupuestarias realizadas en la entidad.	0%	100%	100%	0%	Alta	Como actividad recurrente se realizan el seguimiento a la ejecución presupuestaria y sus certificaciones se adjunta cartas de remisión del mismo.
	27. Evaluar trimestralmente el flujo de caja, emisión de cheques e indicadores financieros	Nº de Informe mensuales de seguimiento emitidos de la ejecución presupuestaria y certificaciones presupuestarias realizadas en la entidad.	0	100%	100%	0%	Alta	Como actividad recurrente se realizan los flujos de caja y conciliaciones bancarias.
	28. Implementar la Unidad de Ventanilla Única.	Informe de implantación de la ventanilla única en la entidad.	0%	100%	100%	0%	Alta	Actualmente se encuentra funcionando ventanilla única. Memorandum RRHH N° 346/2021
	29. Consolidación de la Unidad de Estrategias Comunicacionales.	Memorandum de designación al personal de la unidad de Estrategias Comunicacionales en la entidad	0%	100%	50%	50%	Alta	Temporalmente se implementó la Unidad, Memorándums DRRHH015/2016 y DRRHH 161/2016. La unidad se implementó desde enero del 2015 y la aprobación del nuevo MOFC en septiembre 2018 donde ya no se consideró esta unidad.
	30. Implementar la Unidad de Costos Hospitalarios.	Informe de implantación de la unidad de costos hospitalarios	0%	100%	20%	80%	Baja	Se contrató una persona para el cargo entre abril y octubre de 2018. Por observaciones a la contratación del profesional por parte del sindicato las autoridades decidieron considerar la recontractación de personal para este cargo.
2.2	31. Realizar todas las acciones legales necesarias que permitan la recuperación del Edificio Becker y consoliden las propiedades del SSULP	Nº de informes legales de las actuaciones para recuperar el Edificio Becker.	30%	100%	50%	50%	Alta	Se realizaron las acciones legales de acuerdo a normativa para la recuperación y posesión física del edificio Becker.
	32. Relevar el estado y vigencia del equipamiento con que cuenta la institución.	%de equipos en buen estado/Nº total de equipos de la institución	0	100%	100%	0%	Alta	Se realizó la inventariación, codificación, clasificación y revaluación técnica.
	33. Actualizar el equipamiento en función al adelanto tecnológico y necesidad institucional, previo análisis del costo - beneficio.	Nº Equipos nuevos/Mº total de Equipos	0	100%	100%	0%	Alta	Informe de adquisición de equipos gestiones 2018-2019-2020
	34. Rediseñar y actualizar la nueva Estructura Organizacional.	Informe de aprobación de la nueva estructura	0%	100%	100%	0%	Alta	Se aprobó e implemento una nueva estructura organizacional en Septiembre de 2018 mediante Res de Directorio N° 038/2018
3.1	35. Implementar la Nueva Estructura Organizacional aprobada, a través de la aplicación de manuales administrativos.	Nº de Manuales aprobados / Nº total de manuales requeridos	0%	100%	20%	80%	Alta	Se aprobó e implemento una nueva estructura organizacional en Septiembre de 2018 mediante Res de Directorio N° 038/2018
	36. Gestionar ante la OPS/ OMS para la obtención de los Sistemas de Información Gerencial (SIG)	Informe sobre el grado de avance en las gestiones	0%	100%	0%	100%	Baja	No se realizó coordinación con OPS/OMS
	37. Gestionar ante el Ministerio de Salud la obtención de los Sistemas SI-CE (Sistema de Información Clínica Estadística) y SIAF (Sistema de Información Administrativa Financiera).	Informe sobre el grado de avance en las gestiones	0%	100%	0%	100%	Baja	Falta de apoyo por el SNIS-VE del Ministerio de Salud y coordinación con el SSULP, para su ajuste al SSULP se requiere de los códigos fuentes.
	38. Implementar y adecuar un sistema informático integral	Informe sobre el grado de avance integral	0%	100%	0%	100%	Baja	La implementación es de manera parcial en algunos módulos de acuerdo a requerimiento institucional.
	39. Realizar un diagnóstico de la dotación de personal existente.	Informe del diagnóstico elaborado.	0%	100%	70%	30%	Alta	De acuerdo a Res. De Directorio n° 017/2018 los Subsistemas de Administración de Personal se encuentran en el Marco de la ley General del Trabajo sin embargo las necesidades de personal se pusieron en conocimiento de las autoridades a través de informes.
	40. Realizar la evaluación del desempeño del personal del SSULP de manera periódica	Nº de Informes de Evaluación del Desempeño	0%	100%	50%	50%	Alta	Las evaluaciones deben realizarse por gestión concluida, la gestión 2020 se debió realizar la evaluación de la gestión 2019 pero no se realizó por la pandemia.
3.2	41. Elaborar un Plan de movilidad de personal	Nº de Informes del Plan de Movilidad	0%	100%	50%	50%	Alta	De acuerdo a Res. De Directorio N° 017/2018 la movilidad del personal se realiza de acuerdo a necesidad institucional.
	42. Desarrollar un Plan de capacitación continua para los Recursos humanos del SSULP, orientando a mejorar las competencias funcionarias y la gestión de calidad.	Informe del Plan de capacitación	0%	100%	25%	75%	Baja	Respaldados en Res. De Directorio 017/2018 se inició con el relevo de necesidades para la elaboración del plan.
	43. Fortalecer el conocimiento del personal respecto a las normativas vigentes que rigen el actuar ético y disciplinado en el desempeño de sus funciones.	Nº de talleres de capacitación programados / Nº de talleres de capacitación programados	0%	100%	25%	75%	Baja	A pesar de no contar con un Plan de Capacitación se estuvieron organizando cursos y respaldando al personal brindándoles permisos especiales para asistir a los mismos. Se adjunta listado de cursos realizados por el personal en el CENCAP.
	44. Traspasar ítems de personal eventual a la planilla de personal permanente, de acuerdo al requerimiento institucional.	Nº de ítems traspasados / Nº total de personal existente	0%	100%	30%	70%	Baja	Se está realizando el traspaso progresivo sin embargo se encuentra pendiente la aprobación del Directorio del SSULP

TABLA: Cumplimiento en cantidad y porcentaje por Acción de Mediano Plazo según semaforización de los Lineamientos del Ministerio de Planificación del Plan Estratégico Institucional 2016-2020

SEMAFORIZACION	ACCION DE MEDIANO PLAZO												PEI TOTAL	
	AMP 1,1		AMP 1,2		AMP 2,1		AMP 2,4		AMP 3,1		AMP 3,2			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alta (>50%)	6	46%	2	50%	12	92%	1	100%	4	57%	3	50%	28	64%
Media (30-50%)	1	8%	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	5%
Baja (<30%)	6	46%	1	25%	1	8%	0	0%	3	43%	3	50%	14	32%
TOTAL	13	100%	4	100%	13	100%	1	100%	7	100%	6	100%	44	100%

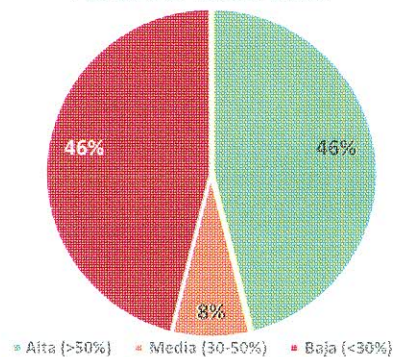
Como se puede observar en las dos tablas precedentes de acuerdo a cumplimiento de los indicadores de las acciones de corto plazo programadas en el Plan Estratégico Institucional para el periodo 2016-2020 y en base a los Lineamientos del Ministerio de Planificación para Planes de Mediano Plazo, se categorizo a los mismos en acciones con cumplimiento alto si alcanzaron un cumplimiento mayor al 50% medio entre 30 a 50% y baja menor al 30%, en ese sentido para cada acción de mediano plazo podemos indicar lo siguiente:

5.2. Evaluación de cumplimiento por Acción de Mediano Plazo

Acción de Mediano Plazo 1.1

Esta acción correspondiente a consolidar la mejora continua para la gestión de calidad en la prestación de servicios de salud y administrativos con 13 acciones programadas de las mismas se tuvo un 46% de alto cumplimiento de las acciones de corto plazo programadas para el periodo 2016-2020, un 8% con cumplimiento medio y un 46% con cumplimiento bajo, entre los que tuvieron baja ejecución existen algunas acciones sin la claridad para su seguimiento y control no permitiendo su monitoreo y evaluación adecuada (ACP 1), y otros que requieren su reprogramación de acuerdo sea para el siguiente periodo (ACP 7, 8) o a nivel operativo (ACP 2, 3, 4)

GRAFICO: Porcentaje de ejecución según semaforización Acción de Mediano Plazo 1.1 PEI SSULP 2016-2020



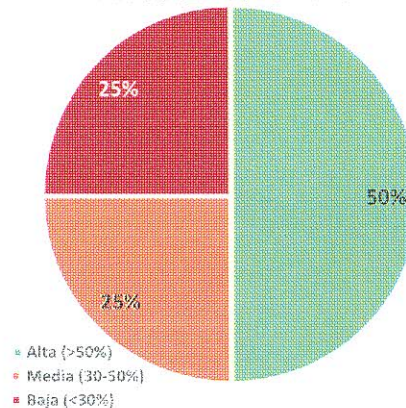
A

18

Acción de Mediano Plazo 1.2

Esta acción correspondiente a establecer programas de promoción de salud y prevención de las enfermedades de acuerdo al perfil epidemiológico institucional conto con cuatro acciones programadas de los mismos se tuvo un 50% de alto cumplimiento de las acciones de corto plazo programadas para el periodo 2016-2020, un 25% con cumplimiento medio y un 25% con cumplimiento bajo, el indicador que tuvo baja ejecución (ACP 17) tiene una planteamiento e indicador ambiguo no útil para seguimiento y monitoreo.

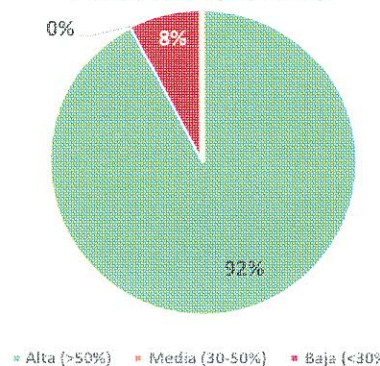
GRAFICO: Porcentaje de ejecución según semaforización Acción de Mediano Plazo 1.2 PEI SSULP 2016-2020



Acción de Mediano Plazo 2.1

Esta acción correspondiente al desarrollo e implementación de evaluaciones preventivas y correctivas a las funciones administrativas y financieras con 13 acciones programadas de las cuales se tuvo un 92% de alto cumplimiento para el periodo 2016-2020, y un 8% con cumplimiento bajo, la acción (ACP 30) que tuvo bajo cumplimiento requiere un análisis para la justificación de su aplicación como unidad en la institución el costo en recursos económicos y humanos que pueda necesitar.

GRAFICO: Porcentaje de ejecución según semaforización Acción de Mediano Plazo 2.1 PEI SSULP 2016-2020



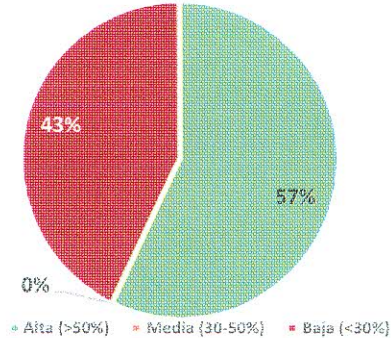
Acción de Mediano Plazo 2.2

Esta acción correspondiente a la consolidación del derecho propietario de los inmuebles pertenecientes al SSULP en su única acción de recuperar el edificio Becker, se alcanzó un 50% de su programación, correspondiente a un cumplimiento alto, sin embargo, aún se requiere acciones legales para su recuperación en favor de la institución.

Acción de Mediano Plazo 3.1

Esta acción correspondiente a la mejora e implementación de equipos en general y el diseño de un nuevo modelo de atención médica para generar la satisfacción de los usuarios asegurados, en base a un Sistema de Información Gerencial con 7 acciones programadas de las cuales se tuvo un 57% de alto cumplimiento para el periodo 2016-2020, y un 43% con cumplimiento bajo, estas acciones (ACP 36, 37 y 38) correspondientes a la implementación de un sistema de información integral requieren su reprogramación en el siguiente quinquenio.

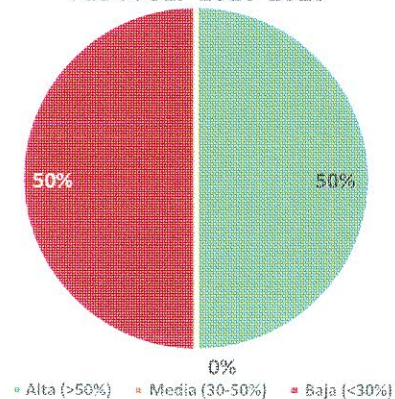
GRAFICO: Porcentaje de ejecución según semaforización Acción de Mediano Plazo 3.1 PEI SSULP 2016-2020



Acción de Mediano Plazo 3.2

Esta acción correspondiente al desarrollo del fortalecimiento institucional a través de la potencialización del capital humano con 6 acciones programadas, se tuvo un 50% con alto cumplimiento para el periodo 2016-2020, y un 50% con cumplimiento bajo, de estas últimas (ACP 42, 43 y 44) corresponde su reprogramación como actividad recurrente por la Unidad de recursos humanos, en su planificación de unidad.

GRAFICO: Porcentaje de ejecución según semaforización Acción de Mediano Plazo 3.1 PEI SSULP 2016-2020



Como se pudo evidenciar en cada Acción de Mediano Plazo existen acciones programadas con cumplimiento bajo que requieren su reprogramación, sea a nivel estratégico institucional u operativo.

5.3. Reporte de ejecución y evaluación al presupuesto quinquenal del PEI 2016-2020

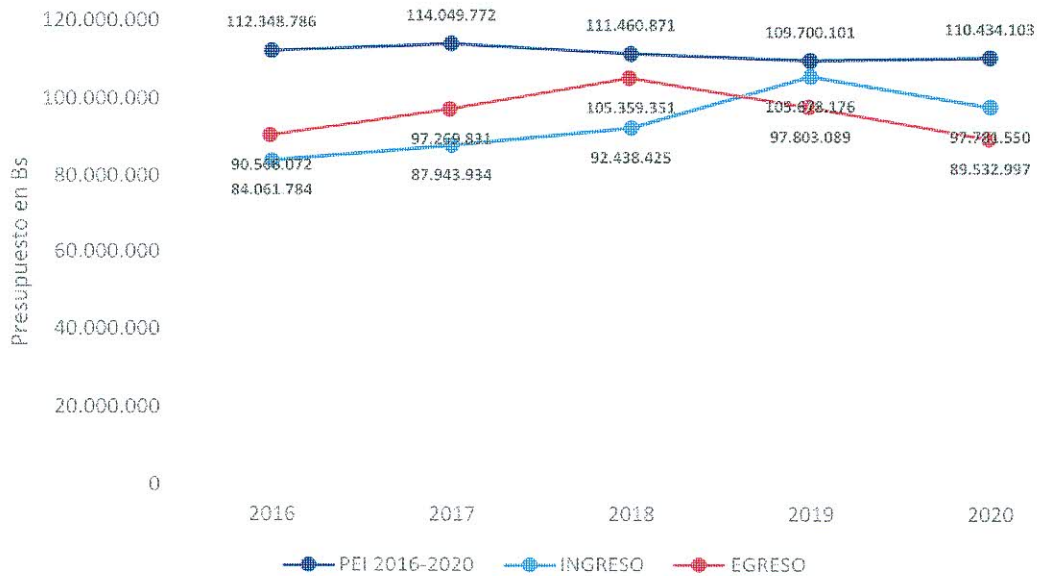
De acuerdo al presupuesto programado en el Plan Estratégico Institucional del Seguro Social Universitario 2016-2020 en la siguiente tabla y gráfico se muestra de manera comparativa con la ejecución de presupuesto en gasto (egreso) e ingreso:

A

TABLA: Comparativo del Presupuesto Programado (PEI 2016-2020) con el Presupuesto de ingresos y de gasto para el periodo 2016-2020 del SSULP

DETALLE	PRESUPUESTO POR GESTION (En Bolivianos)					TOTAL
	2016	2017	2018	2019	2020	
Presupuesto Programado PEI 2016-2020	112.348.786	114.049.772	111.460.871	109.700.101	110.434.103	557.993.633
Presupuesto de ingresos	84.061.784	87.943.934	92.438.425	105.678.176	97.781.550	467.903.869
Presupuesto de gasto (Egreso)	90.566.072	97.269.831	105.359.351	97.803.089	89.532.997	480.531.340
Ejecución presupuestaria del gasto respecto al programado (PEI 2016-2020)	80,6%	85,3%	94,5%	89,2%	81,1%	86,1%
Ejecución presupuestaria del gasto respecto al ingreso (PEI 2016-2020)	107,7%	110,6%	114,0%	92,5%	91,6%	102,7%
Tasa de crecimiento presupuestario del gasto		7%	8%	-8%	-9%	

GRAFICO: Comportamiento del Presupuesto Programado respecto a la Ejecución de Gasto e Ingreso en el periodo 2016-2020 del Seguro Social Universitario La Paz



Como se puede observar en la tabla y grafico precedentes se expone una relación del presupuesto programado en el PEI 2016-2020 con el presupuesto de gastos e ingresos, donde se observa que los presupuestos programados (2016 al 2018) han sido sobreestimados, así como el presupuesto de ingreso menor al egreso, siendo que el presupuesto de gastos en su programación termine siendo mayor al ingreso corriente de cada gestión.

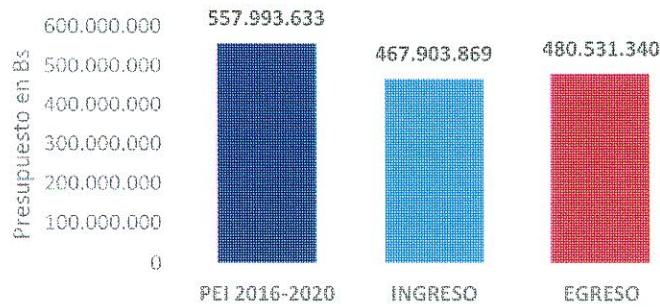
(Handwritten mark)

(Handwritten mark)

La tasa de crecimiento presupuestario de gasto, refleja la racionalidad asumida en los presupuestos programados y ejecutados entre las gestiones 2018, 2019 y 2020.

La estrategia asumida desde el segundo semestre de la gestión 2018, ha sido equilibrar el ingreso corriente al gasto corriente, y a partir de ello controlar el presupuesto de gastos evitando utilizar recursos de Caja y Banco.

GRAFICO: Comparativo del Presupuesto Total Programado Respecto a la Ejecución de Gasto e Ingreso del periodo 2016-2020 Seguro Social Universitario La Paz



Asimismo, como se puede observar en el grafico anterior el presupuesto total para el periodo quinquenal 2016-2020 de ingreso es menor al presupuesto ejecutado en gasto (egreso) y mucho menor al programado (PEI 2016-2020), por lo que es pertinente la revisión de los estados financieros y su proyección para determinar acciones de sostenibilidad de la institución para el siguiente quinquenio.

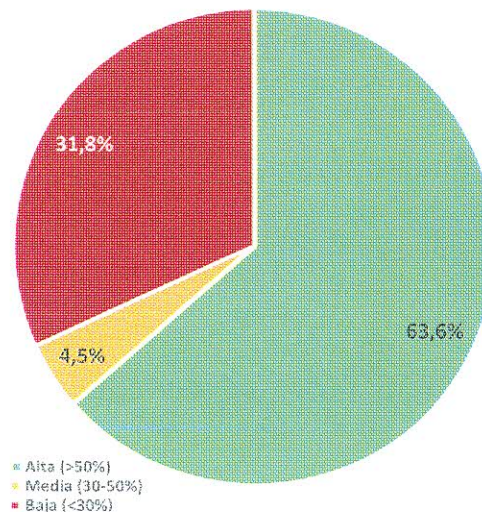
5.4. Evaluación General del Plan

Como se puede apreciar en el grafico siguiente y en tablas anteriores el Plan Estratégico Institucional del periodo 2016-2020 concluyo con un porcentaje del 64% de acciones con alto cumplimiento, lo que corresponde a 28 ACPs del total que corresponde a 44 ACPs, y un 32% de ACPs con acciones de bajo cumplimiento,

Al respecto ya en párrafos anteriores posterior a su análisis estas acciones con bajo cumplimiento se recomienda su reprogramación, y otras su replanteamiento puesto que no tiene una claridad para su implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación.

En este sentido la contribución institucional a la acción 4, resultado 76 y meta 1 del Pilar 3 de salud establecidos en el Plan Sectorial de Desarrollo Integral Para Vivir Bien y del Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 se infiere que fue del 64% de

GRAFICO: Porcentaje de ejecución según semaforización del PEI SSULP 2016-2020



A

14

manera indirecta como entidad descentralizada y bajo tuición del Ministerio de Salud y Deportes en el marco de nuestras competencias.

Sin embargo, corresponde mencionar que la implementación de los procesos de planificación establecidos mediante Ley 777 del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE) del 21 de enero de 2016, se realizaron de manera escalonada a partir de la promulgación de la mencionada ley, provocando un desfase en los periodos e inicios de planificación en el marco del SPIE, siendo que el periodo quinquenal para ese periodo de planificación correspondía a los años comprendidos entre el 2016 y el 2020, asimismo el Plan de Desarrollo Económico y Social (PDES) para este periodo se aprobó el 10 de marzo de 2016, publicándose y socializándose para su aplicación, y como establece la Ley (777), elaborar el Plan Sectorial de Desarrollo Integral (PSDI) y Planes Estratégicos Institucionales correspondientes a cada sector en un plazo de 120 días, sin embargo la aprobación por el Ministerio de Salud como ente rector de acuerdo a normativa fue el 9 de septiembre de 2016 para el PSDI 2016-2020 del sector salud y el 25 de julio de 2018 para PEI 2016-2020 del Seguro Social Universitario La Paz, dos años y medio después de la promulgación de la Ley, produciendo como se hizo mención un desfase en la aprobación, aplicación de los documentos de planificación. De la misma manera la homologación por parte de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo se realizó el 11 de octubre de 2019 a un año de concluir el periodo quinquenal de planificación 2016-2020.

Por tanto, es recomendable que este desfase en la aprobación, publicación y socialización de los documentos de publicación de referencia como son el PSDI y PDES no se reitera puesto que provocan un desfase en la planificación institucional del Seguro Social Universitario La Paz como ocurrió en el periodo 2016-2020.

5.5. Efecto de la Pandemia por COVID-19 en la ejecución del Plan Estratégico Institucional en la gestión 2020.

Como es de conocimiento a nivel nacional el primer caso en Bolivia por COVID-19 se registra en marzo de 2020, iniciándose la atención a pacientes sospechosos de infección por SARS CoV-2 en el Seguro Social Universitario La Paz, con la habilitación y re funcionalización de un ambiente en el área del Sótano 1 y en el Auditorium para implementar el Consultorio Específico de Respuesta Rápida – CRR para atención de pacientes sospechosos de COVID-19.

Desde marzo a diciembre de 2020, se registraron 4.128 pacientes atendidos en el CRR y en el Servicio de Emergencias con un incremento en la atención en el mes de Julio y primeras dos semanas de agosto, como se puede ver en el cuadro siguiente:

TABLA: Número de Pacientes Atendidos, Sospechosos y Positivos en la Pandemia por COVID-19 Seguro Social Universitario La Paz, Gestión 2020

MESES	PX ATENDIDOS	PX SOSPECHOSOS	CASOS POSITIVOS	TASA DE LETALIDAD
Enero	0	0	0	0
Febrero	0	0	0	0
Marzo	7	2	0	0
Abril	51	13	1	0
Mayo	56	18	4	0
Junio	234	120	45	11,1
Julio	1.223	731	296	8,4
Agosto	814	666	162	7,4
Septiembre	428	229	34	0

Octubre	343	223	30	0
Noviembre	273	202	5	0
Diciembre	699	410	184	2,7
TOTAL	4.128	2.614	761	7,4

Fuente: Perfil Epidemiológico 2020, Unidad de Epidemiología

Es importante aclarar que, debido a la Pandemia y el Estado de Emergencia declarado, las atenciones médicas en consulta externa y emergencias han sufrido una disminución considerable, por el contrario, fue necesario fortalecer las acciones de respuesta ante el COVID-19, implementándose el Consultorio de Respuesta Rápida, visita domiciliaria, teleconsulta y triage respiratorio. TODAS LAS ACCIONES EN LA GESTIÓN 2020 SE PRIORIZARON Y DIRIGIERON A LA CONTENCIÓN, TRATAMIENTO Y CURACIÓN DE ASEGURADOS CON COVID-19, destinándose todos los recursos y acciones para la contención de esta enfermedad.

Motivo por el cual se ha realizado la implementación de nuevos servicios, protocolos y medios de atención diferentes, generando además que las actividades que se desarrollaban de manera normal queden interrumpidas, es así que se estableció como medios de atención la Atención Domiciliaria, Teleconsulta, Instalación del Consultorio de Respuesta Rápida y Triage Respiratorio, además de la contratación de otros centros para la atención de nuestros asegurados, puesto que el Hospital se convirtió en Hospital COVID.

La Capacidad instalada en el SSULP fue:

SERVICIO	NÚMERO DE AMBIENTES	NÚMERO DE CAMAS/CUBÍCULOS	DISPONIBILIDAD DE HORAS
Consulta Externa/Consultorio de respuesta rápida	1 ambiente	4 cubículos	12 Horas 7 Días A la Semana
Hospitalización	36 ambientes	48 Camas	24 Horas 7 Días A la Semana
Emergencias	1 ambiente	4 cubículos	24 Horas Días A la Semana
Unidad De Terapia Intensiva	1 ambiente	3 Camas	24 Horas 7 Días A la Semana
Servicios Complementarios	Imagenología	4 ambientes	24 Horas 7 Días A la Semana
	Laboratorio Clínico		
	Tomografía		
	Farmacia		

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Plan Estratégico Institucional del Seguro Social Universitario La Paz, como establece la normativa vigente del sistema de Planificación Integral del Estado aprobado mediante ley 777 del 21 de enero de 2016, se elaboró en el marco de lo establecido por el órgano rector del SPIE, el Ministerio de Planificación del Desarrollo, puesto que cuenta con los documentos de aprobación del Ministerio de Salud y Deportes (RM N° 0434) e informe de homologación por parte de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (INF/ASUSS/DGE/DTFyCAF/UHPMCP INF HOM PEI N°014/19) en este sentido se concluye que:

- a. El Plan Estratégico Institucional del Seguro Social Universitario La Paz 2016-2020 se encuentra articulado y en concordancia al Plan Sectorial de Desarrollo Integral 2016-2020.

- b. Por la aprobación de los documentos de planificación nacional y sectorial, escalonada durante las gestiones 2016-2018 se produjo un desfase temporal en la elaboración, implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social Universitario La Paz.
- c. La aprobación del PEI 2016-2020 del SSULP por el Ministerio de Salud fue en julio de 2018 imposibilitando una implementación adecuada en el periodo correspondiente.
- d. El Plan Estratégico Institucional del Seguro Social Universitario La Paz a pesar de sus dificultades referidas cuenta con un 64% de cumplimiento en el marco de los lineamientos de evaluación establecidos por el Ministerio de Planificación del Desarrollo, órgano rector del SPIE, contribuyendo de esta manera a los resultados alineados del Plan Sectorial de Desarrollo Integral y el Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020.
- e. Existen acciones con bajo cumplimiento referidas en el apartado de análisis que requieren su replanteamiento, reprogramación y consideración en el siguiente periodo quinquenal de acuerdo a su nivel de gestión, sea a nivel estratégico o nivel operativo previo análisis y diagnóstico correspondiente.
- f. Durante la gestión 2020 las acciones y recursos se priorizaron en la atención y contención de la Pandemia por COVID 19 de acuerdo al Plan de Contingencia adjunto, por lo que no se ejecutaron de manera regular lo planificado en el PEI 2016-2020.

Por lo anteriormente referido se recomienda tomar las medidas pertinentes para que el presente informe técnico de evaluación del Plan Estratégico Institucional 2016-2020 sea de consideración en el siguiente periodo quinquenal de planificación.

Sin otro particular atentamente,



Dr. Elyas Huanca Quisbert
Profesional en Planificación
SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ

7. ANEXOS

1. Matriz de Planificación 2016-2020
2. Matriz de Evaluación Física 2016-2020
3. Plan de Contingencia para el COVID-19
4. Fuentes de Información (Documentación de evaluación generada por las áreas organizacionales del SSULP)



ANEXO 1:

Matriz de Planificación 2016-2020

ACCIÓN DE MEDIANO PLAZO		ACCIONES DE MEDIANO PLAZO																		
INDICADOR DE IMPACTO	INDICADOR DE IMPACTO	EJE ESTRATÉGICO	POLÍTICAS INSTITUCIONALES	COD. PPI/SSU	DENOMINACIÓN	INDICADOR DE IMPACTO AMP	RESULTADO / PRODUCTO ESPERADO AMP	ACCIONES DE CORTO PLAZO ACP	INDICADOR	MECANISMOS DE VERIFICACIÓN	RESULTADO / PRODUCTO	RESPONSABLES	LINEA BASE	META	2016	2017	2018	2019	2020	
7	7B	4	EJE ESTRATÉGICO No. 1 GESTIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD	Política No. 1 Autoevaluación continua en las prestaciones de las servicios de salud y administrativos	1.1	AMP 1.1: Conocer la mejora continua para la gestión de calidad en la prestación de servicios de salud y administrativos	% de Usos/as internos y externos satisfactorios (%IIES)	Se a contabilizó una mejor gestión de calidad en la prestación de servicios de salud y administrativos	1. Revisar las operaciones de funcionamiento en salud fuera una mejora continua para calificar en el funcionamiento del SSU-UP	%de cumplimiento de Operaciones de funcionamiento/ total operaciones de funcionamiento	Informe de Seguimiento trimestral	Completamiento de operaciones de funcionamiento	G.S	0%	100%	20%	20%	20%	20%	20%
									2. Diseñar e implementar el Plan de Gestión de Calidad (PGC) de acuerdo a normas vigentes	%de cumplimiento de ejecución del PGC	Informe del Plan de Gestión de la Calidad	Plan de Gestión de Calidad aprobado e implementado	Gestor de Calidad	0%	100%	20%	20%	20%	20%	20%
									3. Definir los procesos y procedimientos de la Gestión de Calidad	Nº de Procesos de Salud y adm. Implementados/Nº total de procesos y procedimientos identificados	Procesos y Procedimientos aprobados e implementados	Manual de Procesos y Procedimientos	Gestor de Calidad	0%	100%	40%	30%	30%		
									4. Elaborar un plan sistemático orientado a la acreditación del hospital de acuerdo a normas vigentes	%de ejecución del Plan de Acreditación	Informe sobre la ejecución del plan de Acreditación	Plan de Acreditación	Gestor de Calidad	10%	100%	40%	50%			
									5. Implementar los Comités de salud en el marco de las normativas vigentes	Nº Comités implementados/Nº comités requeridos	Memorandum de designación de los Miembros de los Comités de Salud y actas de reuniones de acuerdo a normas.	Comités de salud conformados en su totalidad que realicen seguimiento y control a las actividades hospitalarias de acuerdo a su normativa.	G.S. G.S	0	100%	20%	20%	20%	20%	20%
									6. Elaborar los Reglamentos de las Comités de Salud para fortalecer sus actividades y su funcionamiento	Nº de Reglamentos de Comités elaborados por el Comité Administrativo	Reglamentos de los comités de salud aprobados.	Completamiento oportuno de los reglamentos para la mejora de atención de salud con calidad y seguridad.	Gestor de Calidad	0	100%	40%	60%			
									7. Realizar de manera conjunta y periódica el análisis de información e indicadores de salud	Nº de CA's realizadas/Nº de CA's programadas	Informe del CAI	Información oportuna para la toma de decisiones	G.S. Gestor de Calidad	10%	100%		40%	25%	25%	
									8. Implementar y actualizar protocolos de salud para el Diagnóstico y Tratamiento Médico.	Nº de protocolos de salud actualizados en la entidad	Protocolos de salud elaborados y actualizados.	Estandarización de los procesos de atención médica.	G.S. Gestor de Calidad	0	100%	25%	25%	25%	25%	
									9. Establecer un Programa de Medicina Preventiva que contemple la prevención de la enfermedad y promoción de la salud a través de uso público de Salud Ocupacional.	%de Aprobación del Programa de Medicina Preventiva en la Entidad	Informe de Evaluación del Programa de Medicina Preventiva	Prevención oportuna de enfermedades en Salud Ocupacional.	G.S. Responsables de los Servicios de Salud	0	100%	40%	60%			
									10. Diseñar e implementar nuevos servicios de atención médica especializada en la entidad.	Nº de Nuevos Servicios de Atención Médica / Nº Total de Servicios de atención médica especializados	Contratos con profesionales Servicios especializados implementados.	Ampliación de la cartera de servicios acorde a perfil epidemiológico	G.S	0	100%	20%	20%	20%	20%	20%

APLICACIÓN Nº PERSES		PERIODO		ACCIONES DE MEDIANO PLAZO AMP																			
Nº	MIN	MAX	ACT	INDICADOR DE IMPACTO	EJE ESTRATÉGICO	POLÍTICAS INSTITUCIONALES	COD. PERSU	denominación	INDICADOR DE IMPACTO AMP	RESULTADO / PRODUCTO ESPERADO AMP	ACCIONES DE CORTO PLAZO ACP	INDICADOR	MEIOS DE VERIFICACIÓN	RESULTADO / PRODUCTO	RESPONSABLES	LÍNEA BASE	META	2016	2017	2018	2019	2020	
76	4			GASTO DE BIENESTAR TOTAL DE LOS HOMBRES EN % DEL GASTO DE CTE. TOTAL EN SALUD.	EJE ESTRATÉGICO No. 1 OBTENER INTEGRAL DE LA CALIDAD	Política Nº 1 Autoevaluación continua en las prestaciones de los servicios de salud y administrativos	1.1	AMP 1.1: Conocer la mejora continua para la gestión de calidad en la prestación de servicios de salud y administrativos	% de Usarias Internas y externas satisfechas. (%UES)	Se a consolidado una mejor gestión de calidad en la prestación de servicios de salud y administrativos	11. Implementar nuevos horarios de atención médica y movilidad de agendamiento acorde a la tecnología y oportunidad	Nº de horarios implementados / Nº de horarios vigentes	Nuevas cargas horarias y profesionales contratados para la atención médica	Mayor cobertura de usuarios y días para la satisfacción de los usuarios asegurados.	G.S.	0	100%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
								12. Elaborar un programa de actividades académicas e investigación científica en el pre y post grado en el área de salud.	Informe sobre el avance de las actividades del programa	Programa de Actividades académicas e investigación científica aprobado por los Autoridades Ejecutivas.	Profesionales en el área de salud preparados y especializados para atender a los asegurados.	G.S. Jefe Depto. Enseñanza e Investigación	0%	100%	20%	20%	20%	20%	20%				
								13. Numerar las funciones de Comité de Evidencia e Investigación.	Informe de cumplimiento de funciones	Manual de funciones.	Comité en funcionamiento activo cumpliendo las normas.	G.S. Jefe Depto. Enseñanza e Investigación	0%	100%	20%	20%	20%	20%	20%				
								14. Utilización de Profesional Epidemiológico.	Inf. Del Proceso de Controlación	Item aprobado en planilla presupuestaria Memorandum de designación	Contar con el Perfil Epidemiológico	G.S. Jefe de RR-HH	0%	100%		100%							
								15. Elaborar y actualizar el Perfil Epidemiológico Institucional.	% de Avance del Perfil Epidemiológico	Perfil Epidemiológico Institucional elaborado y aprobado	Perfil Epidemiológico Institucional	Epidemiólogo	0%	100%		10%	30%	30%	30%				
								16. Desarrollar, implementar y actualizar el Plan de programas y campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.	Nº de programas y campañas de promoción y prevención de salud realizadas en la entidad.	Informe de ejecución de programas de salud (Promoción y prevención)	Población beneficiada en programas de promoción y prevención de salud.	G.S. Estrategias Comunicacionales	0%	100%	20%	20%	20%	20%	20%				
								17. Establecer convenios y contratos para prestar atención integral en salud.	Nº de Convenios y contratos suscritos para la prestación de salud.	Convenios y contratos firmados.	Acceso de las asegurados a atención de servicios de especialidades en salud.	G.G. G.S.	0	100%	20%	20%	20%	20%	20%				
76	2			GASTO DE BIENESTAR TOTAL DE LOS HOMBRES EN % DEL GASTO DE CTE. TOTAL EN SALUD.	EJE ESTRATÉGICO No. 2 GESTIÓN GENERAL POR PROCESOS Y RESULTADOS A TRAVÉS DEL DESARROLLO ORGANIZACIONAL	POLÍTICA No. 2 La Gestión Administrativa y Financiera se ejecuta con transparencia, eficiencia y eficacia	2.1	AMP 2.1: Desarrollar e implementar evaluaciones preventivas y correctivas a los procesos administrativos y financieros	Mejor funcionamiento de procesos y procedimientos administrativos y financieros. (MPPAF)	Se a desarrollado evaluaciones preventivas y correctivas	18. Realizar todos los procesos administrativos con una mejora continua para que conculquen en el funcionamiento del SSU-LP	% de cumplimiento de operaciones de funcionamiento total de operaciones de funcionamiento adm.	Informe de Seguimiento trimestral	Desarrollo de las operaciones de funcionamiento	G.A.F	0%	100%	20%	20%	20%	20%	20%	
								19. Elaborar y actualizar los Reglamentos de los Sistemas de administración y Control gubernamental, acorde a la naturaleza de la institución	Nº de Reglamentos de los Sistemas de Administración y Control actualizados e implementados en la entidad.	Instrumentos técnicos normativos aprobados	Cumplimiento de la normativa vigente	G.G. Planificación Unidades Funcionales	0%	100%	20%	20%	20%	20%	20%				
								20. Evaluar trimestralmente las adquisiciones de Bienes y Servicios en cumplimiento al PDA - PAC de acuerdo a normas.	Nº de Informe de evaluación trimestral de adquisiciones realizadas de acuerdo a PDA - PAC en la entidad.	Informe de Seguimiento.	Ejecución de compras y/o adquisiciones eficiente.	G.G. G.A.F. Opa. Administrativo	0%	100%	20%	20%	20%	20%	20%				

A

APROBACION N.º PRES		PE. MSO	ACCIONES DE MEDIANO PLAZO AMP				ACCIONES DE CORTO PLAZO ACP															
N.º	M.º	AC. C.	INDICADOR DE IMPACTO	EJE ESTRATÉGICO	POLÍTICAS INSTITUCIONALES	COD. FISI	DENOMINACION	INDICADOR DE IMPACTO AMP	RESULTADO / PRODUCTO ESPERADO AMP	ACCIONES DE CORTO PLAZO ACP	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACION	RESULTADO / PRODUCTO	RESPONSABLES	LINEA BASE	META	2016	2017	2018	2019	2020	
2	1	76	2	EJE ESTRATÉGICO No. 2 GESTIÓN GENERAL POR PROCESOS Y RESULTADOS A TRAVÉS DEL DESARROLLO ORGANIZACIONAL	POLÍTICA No. 2 La Gestión Administrativa y Financiera se ejecuta con transparencia, eficiencia y eficacia	2.1	AMP 2.1: Desarrollar e implementar evaluaciones preventivas y correctivas a las acciones administrativas y financieras.	Mejor funcionamiento de procesos y procedimientos administrativos y financieros (MPPAF)	Se a desarrollado evaluaciones preventivas y correctivas	21. Evaluar trimestralmente el Hoja de acciones generales y de medicamentos bajo vibrado en base a Kárdex de acuerdo a normas	Nº de libros emitidos sobre evaluación de manejo de Atención General y Atención de medicamentos en la entidad	Informe de control y seguimiento de inventario.	Control de existencias para una mejor provisión de requerimientos.	G.G. G.A.F. Opto. Administrativo	0%	100%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
22. Evaluar trimestralmente la Disposición de Activos fijos de acuerdo a normas.	Nº de libros de evaluación trimestral de disposición de Activos fijos en la entidad.	Informe trimestral de movimiento de Activos fijos.	Control físico de Activos fijos y su correcta disposición.							G.G. G.A.F. Opto. Administrativo	0%	100%	20%	20%	20%	20%	20%					
23. Implementar el Plan de Mantenimiento Correctivo y Preventivo de los equipos hospitalarios, sistemas informáticos e infraestructura hospitalaria.	Nº de libros de periódicos de cumplimiento de actividades del plan de mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos hospitalarios, sistemas informáticos e infraestructura de la entidad.	Informes periódicos de cumplimiento de las actividades del Plan de Mantenimiento Correctivo y Preventivo de los equipos hospitalarios, sistemas informáticos e infraestructura hospitalaria.	Servicios y equipos en perfecto funcionamiento.							G.A.F. Opto. Administrativo	0%	100%	25%	25%	25%	25%						
24. Fortalecer al parque automotor con adquisición de nuevas ambulancias debidamente equipadas con tecnología de última generación.	Informe del proceso de adquisición de la entidad.	Ambulancias adquiridas de acuerdo a normas.	Fortalecimiento del parque automotor y satisfacción del asegurado.							G.G. G.S. G.A.F.	0%	100%	50%	50%								
25. Evaluar Trimestralmente Ingresos y egresos	Nº de informes de seguimiento trimestral	Informe de Seguimiento	Contar con información oportuna para los Estados Financieros							G.A.F. Jefe Opto. Financiero	0%	100%	20%	20%	20%	20%						
26. Evaluar mensualmente la Ejecución Presupuestaria y las Certificaciones Presupuestarias emitidas	Nº de informe mensuales de seguimiento emitidos de la ejecución presupuestaria y certificaciones presupuestarias realizadas en la entidad.	Informe de Seguimiento	Contar con información oportuna sobre la disponibilidad presupuestaria y su avance de ejecución							G.A.F. Jefe Opto. Financiero	0%	100%	20%	20%	20%	20%						
27. Evaluar trimestralmente el flujo de caja, emisión de cheques e imputaciones financieras	Nº de informe mensuales de seguimiento emitidos de la ejecución presupuestaria y certificaciones presupuestarias realizadas en la entidad.	Informe de Seguimiento	Contar con una planificación oportuna de los pagos y control de liquidez							G.A.F. Jefe Opto. Financiero	0	100%	10%	10%	10%	10%						



ARTICULACIÓN N° PREGUNTA				OBJETIVO	ACCIONES DE MEDIANO PLAZO																					
F	M	A	AC	INDICADOR DE IMPACTO	EJE ESTRATÉGICO EIGC	POLÍTICAS INSTITUCIONALES	CÓD. P9 SSU	denominación	INDICADOR DE IMPACTO AMP	RESULTADO / PRODUCTO ESPERADO AMP	ACCIONES DE CORTO PLAZO ACP	INDICADOR	MEIOS DE VERIFICACIÓN	RESULTADO / PRODUCTO	RESPONSABLES	LINEA BASE	META	2016	2017	2018	2019	2020				
3	1	7B	2		EJE ESTRATÉGICO No. 2 GESTIÓN GERENCIAL POR PROCESOS Y RESULTADOS A TRAVÉS DEL DESARROLLO ORGANIZACIONAL	POLÍTICA No. 2 La Gestión Administrativa y Financiera se ejecuta con transparencia, eficiencia y eficacia	2.1	AMP 2.1:	Mejor funcionamiento de procesos y procedimientos administrativos y financieros (MFPAR)	Se desarrollan evaluaciones preventivas y correctivas	28. Implementar la Unidad de Ventanilla Única.	Informe de implantación de la ventanilla única en la entidad.	Designación del personal manuales, procesos y procedimientos de la ventanilla única.	Mejora del flujo de documentación e información interna.	G.G. Jefe RRHH	0%	100%					100%				
														29. Consolidación de la Unidad de Estrategias Comunicacionales.	Memorandum de designación al personal de la unidad de Estrategias Comunicacionales en la entidad.	Memorandum de designación y manual de funciones.	Mejor comunicación interna y externa.	G.G. Jefe RRHH	0%	100%	20%	20%	60%			
														30. Implementar la Unidad de Costos Hospitalarios.	Informe de implantación de la unidad de costos hospitalarios.	Designación del personal manuales, procesos y procedimientos de costos hospitalarios.	Elaboración de la lista de insumos técnicamente obtenidos.	G.G. Jefe RRHH	0%	100%			10%	80%		
										2.2		AMP 2.2:	Consolidar el derecho propietario de los inmuebles pertenecientes al SSULP.	Nº de propiedades con derecho propietario de los inmuebles	Se ha consolidado el derecho propietario de las propiedades.	31. Realizar todos los acciones legales necesarias que permitan la recuperación del Edificio Becker y consolidar las propiedades del SSULP.	Nº de acciones legales de las actuaciones para recuperar el Edificio Becker.	Informes, memoriales y otros documentos legales elaborados durante las actuaciones legales.	Recuperando y posesión física del edificio Becker y consolidación legal de las propiedades del SSULP.	DIRECCION JURIDICA	30%	100%				30%
3	2	7B	2		EJE ESTRATÉGICO No. 3 ACTUALIZACIÓN, CAPACITACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS	POLÍTICA No. 3 Desarrollo e Implementación de la Filosofía KAIZEN (mejoramiento continuo)	3.1	AMP 3.1:	Mejora e implementación de espacios en gris y el diseño de un nuevo modelo de atención médica para generar la satisfacción de los usuarios asegurados en base a un Sistema de Información Gerencial.	Equipos integrados e implementados, además de la información bidireccional y oportuna para la toma de decisiones (EMAROPTI D)	Se ha logrado una mejora en el equipamiento en gris y un nuevo modelo de atención médica.	32. Relevar el estado y vigencia del equipamiento con que cuenta la institución.	%de equipos en buen estado/Nº total de equipos de la institución.	Informe técnico sobre el estado de los equipos.	Contar con información pertinente para la toma de decisiones.	Mantenimiento Activos fijos	0	100%			10%	50%				
													33. Actualizar el equipamiento en función al adelanto tecnológico y necesidad institucional, previo análisis del costo - beneficio.	Nº Equipos nuevos/Nº total de Equipos	Proyecto para la adquisición de equipos, de acuerdo a PDA y Presupuesto.	Servicios con equipamiento adecuado y en funcionamiento.	G.A.F. Jefe Depto. Administrativo	0	100%			25%	50%	25%		
													34. Rediseñar y actualizar la nueva Estructura Organizacional.	Informe de aprobación de la nueva estructura.	Nueva estructura aprobada.	Estructura acorde a los objetivos de gestión de la institución.	G.G. Planificación	0%	100%			100%				
													35. Implementar la Nueva Estructura Organizacional aprobada a través de la aplicación de manuales requeridos.	Nº de Manuales aprobados / Nº total de manuales requeridos.	Manual aprobados a través de Resolución Administrativa.	Designación correcta de cargas, funciones, procesos y procedimientos al personal.	G.G. G.S. G.A.F. Planificación	0%	100%				80%	40%		
													36. Backeover a la GPS/ OMS para la obtención de los Sistemas de Información Gerencial (SIG).	Informe sobre el grado de avance en las gestiones.	Comos de intenciones para la obtención del SIG.	Detector del SIG para su implementación.	G.G. Tecnologías de la Información	0%	100%	10%	10%	80%				

ARTICULACIÓN A PEROS		PERIODO	ACCIONES DE MEDIANO PLAZO																					
P	M	R	AC	INDICADOR DE IMPACTO	EJE ESTRATÉGICO	POLÍTICAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO	DENDINACIÓN	INDICADOR DE IMPACTO AMP	RESULTADO / PRODUCTO ESPERADO AMP	ACCIONES DE CORTO PLAZO ACP	INDICADOR	MEIOS DE VERIFICACIÓN	RESULTADO / PRODUCTO	RESPONSABLES	LINEA BASE	META	2016	2017	2018	2019	2020		
3	1	2	2	75	EJE ESTRATÉGICO No. 3 ACTUALIZADOR CAPACIDAD, COHERENCIA E INVESTIGACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS	POLÍTICA No. 3: Desarrollo e implementación de la Filosofía KAIZEN (mejoramiento continuo)	3.1	AMP 3.1: Mejora e implementación de equipos en gral. y el diseño de un nuevo modelo de atención médica para generar la satisfacción de los usuarios asegurados, en	Equipos mejorados e implementados, además de la información logística y oportuna para la toma de decisiones (EMARTEPT)	Se ha logrado una mejora en el equipamiento en gral. y un nuevo modelo de atención médica	37. Gestionar ante el Ministerio de Salud la obtención de los Sistemas SICE (Sistema de Información Clínica Estadística) y SIMF (Sistema de Información Administrativa Financiera).	Informe sobre el grado de avance en las gestiones	Cartas de intenciones para la obtención de los sistemas SICE y SIMF	Diseño de los sistemas para su implementación	G.G. Tecnologías de la Información	0%	100%	10%	15%	75%				
													38. Implementar y adecuar un sistema informático integral.	Informe sobre el grado de avance	Sistema integral información implementada.	Información oportuna para la toma de decisiones, desburocratización de los procesos y procedimientos.	G.G. Tecnologías de la Información	0%	100%	30%	60%	10%		
													39. Realizar un diagnóstico de la dotación de personal existente.	Informe del diagnóstico elaborado.	Informe de diagnóstico	Información sobre el personal existente en la institución	Jefe RRHH	0%	100%	20%	20%	20%	20%	20%
													40. Realizar la evaluación del desempeño del personal del SSULP de manera periódica.	Nº de Informes de Evaluación del Desempeño	Informe de Evaluación del desempeño.	Información sobre el grado de cumplimiento del Manual de Funciones	Jefe RRHH	0%	100%	25%	25%	25%	25%	
													41. Elaborar un Plan de movilidad de personal.	Nº de Informes del Plan de Movilidad	Plan de movilidad de personal aprobado.	Mayor eficiencia y productividad del personal de institución	Jefe RRHH	0%	100%	25%	25%	25%	25%	
													42. Desarrollar un Plan de capacitación continua para los Recursos Humanos del SSULP, orientado a mejorar las competencias funcionales y la gestión de calidad.	Informe del Plan de capacitación	Plan de Capacitación continua de las áreas de Salud y Administrativas.	Personal altamente motivado y capacitado	Jefe RRHH	0%	100%	25%	25%	25%	25%	
													43. Fortalecer el conocimiento del personal respecto a las normativas vigentes que rigen el actuar ético y disciplinado en el desempeño de sus funciones.	Nº de talleres de capacitación programados / Nº de talleres de capacitación evaluaciones de desempeño programados.	Talleres de capacitación, evaluaciones de desempeño programados.	Personal fortalecido en sus Valores y Principios con la institución.	Jefe RRHH	0%	100%	25%	25%	25%	25%	
													44. Tripartitar temas de personal eventual a la planta de personal permanente de acuerdo al requerimiento institucional.	Nº de temas tripartitados / Nº total de personal existente	Reformulación de la Planta presupuestaria de labores del personal.	Procesos de recursos humanos de acuerdo a requerimiento de acuerdo a normas.	Jefe RRHH	0%	100%	10%	30%	30%	30%	

ANEXO 2: MATRIZ DE EVALUACIÓN FÍSICA 2016-2020

AMP	PROGRAMACION 2016-2020				EVALUACION CUANTITATIVA			EVALUACION CUALITATIVA	FUENTE DE INFORMACION
	CÓD. PEI	ACCIONES DE CORTO PLAZO	INDICADOR	LÍNEA BASE	META	EJECUTADO	BRECHA		
1.1	1. Realizar las operaciones de funcionamiento en salud hacia una mejora continua, para coadyuvar en el funcionamiento del SSU-UP	%de cumplimiento de Operaciones de funcionamiento/ total operaciones de funcionamiento	0%	100%	20%	80%	Baja	La Gerencia de Salud reporto que se realizaron los informes trimestrales pero nunca se ejecutó un plan de operaciones, corresponde claridad en la acción y el indicador para su implementación	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.1	2. Diseñar e implementar el Plan de Gestión de Calidad (PGC) de acuerdo a normas vigentes.	%de seguimiento de ejecución del PGC	0%	100%	20%	80%	Baja	Se solicitó realización de Plan de Gestión de la Calidad, sin embargo no se hizo ni se aprobó ningún plan.	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.1	3. Definir los procesos y procedimientos de la Gestión de Calidad.	Nº de Procesos de Salud y adm. Implementados/Nº total de procesos y procedimientos identificados	0%	100%	0%	100%	Baja	No se pudo realizar un manual de procesos y procedimientos puesto que no se contó con el Plan de Gestión de Calidad.	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.1	4. Elaborar un plan sistematizado orientado a la acreditación del hospital de acuerdo a normas vigentes.	%de ejecución del Plan de Acreditación	10%	100%	0%	100%	Baja	Se trabajó en la preparación para la habilitación y no se pudo elaborar el documento de planificación para la acreditación sin tampoco contar con el comité de acreditación.	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.1	5. Implementar los Comités de salud en el marco de las normativas vigentes.	Nº Comités implementados/Nº comités requeridos	0	100%	80%	20%	Alta	De acuerdo a normativa se pudo establecer los comités con los memorándums de designación, ejecutándose evaluaciones mediante reuniones periódicas.	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.1	6. Elaborar los Reglamentos de los Comités de Salud para fortalecer sus actividades y su funcionamiento.	Nº de Reglamentos de Comités aprobados por Resolución Administrativa	0	100%	30%	20%	Alta	Los comités cuentan con sus planes de trabajo y reglamento correspondiente constituidos en sus carpetas de los comités.	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.1	7. Realizar de manera conjunta y periódica el análisis de información e indicadores de salud.	Nº de CAI's realizados/Nº de CAI's programados	100%	100%	0%	100%	Baja	No se pudieron realizar el CAI's en el EESS del SSULP.	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.1	8. Implementar y actualizar protocolos de salud para el Diagnóstico y Tratamiento Médico.	Nº de protocolos de salud actualizados en la entidad.	0	100%	0%	100%	Baja	A pesar de la solicitud por escrito a los responsables no se realizaron la actualización de los protocolos de actuación médica.	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.1	9. Establecer un Programa de Medicina Preventiva que contemple la prevención de la enfermedad y promoción de la salud a través de una política de Salud Ocupacional.	%de Aprobación del Programa de Medicina Preventiva en la Entidad	0	100%	40%	60%	Media	Se fortaleció mediante la instalación de un consultorio exclusivo	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.1	10. Desarrollar e implementar nuevos servicios de atención médica especializada en la entidad.	Nº de Nuevos Servicios de Atención Médica / Nº Total de Servicios de atención médica especializada	0	100%	50%	50%	Alta	Se mantiene personal de salud y servicios	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.1	11. Implementar nuevos horarios de atención médica y modalidad de agendamento acordes a la tecnología y oportunidad.	Nº de horarios implementados / Nº de horarios vigentes	0	100%	50%	50%	Alta	Se mantiene la carga horaria y los contratos de los profesionales	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.1	12. Elaborar un programa de actividades académicas e investigación científica en el pre y post grado en el área de salud.	Informe sobre el avance de las actividades del programa	0%	100%	50%	50%	Alta	Se verifica en comité de enseñanza médica mediante actas e informes	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.1	13. Normar las funciones del Comité de Enseñanza e Investigación.	Informe de cumplimiento de funciones	0%	100%	50%	50%	Alta	Se verifica mediante registro de RRHH	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.2	14. Dotación de Profesional Epidemiólogo.	Inf. Del Proceso de Contratación	0%	100%	100%	0%	Alta	Ya se cuenta con la profesional en Epidemiología quien inicio la elaboración de los perfiles epidemiológicos con periodicidad anual.	
1.2	15. Elaborar y actualizar el Perfil Epidemiológico Institucional.	% de Avance del Perfil Epidemiológica	0%	100%	90%	10%	Alta	Verificado en boletín epidemiológico, comité de vigilancia epidemiológica	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.2	16. Diseñar, implementar y actualizar el Plan de programas y campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.	Nº de programas y campañas de promoción y prevención de salud realizadas en la entidad.	0%	100%	40%	60%	Media	Si bien no se cuenta con un plan se realizan campañas de concientización en promoción y prevención.	Nota: DIR. OHSP-104-2021
1.2	17. Establecer convenios y contratos para prestar atención integral en salud.	Nº de Convenio y contratos suscritos para la prestación de salud	0%	100%	20%	80%	Baja	Se realizan los convenio y contratos en especialidades con baja demanda. los mismos se verifican en Dirección Jurídica	Nota: DIR. OHSP-104-2021

2.1	18. Realizar todos los procesos administrativos con una mejora continua, para que coadyuven en el funcionamiento del SSU-LP	% de cumplimiento de operaciones de funcionamiento/total de operaciones de funcionamiento adm.	0%	100%	100%	0%	Alta	Se realizaron de manera regular el seguimiento contándose con los informes de aprobación y evaluación presupuestaria.	Nota: SSU/GAF/274/2021
2.1	19. Elaborar y actualizar los Reglamentos de los Sistemas de Administración y Control Gubernamental, acorde a la naturaleza de la institución	N° de Reglamentos de los Sistemas de Administración y Control actualizados e implementados en la entidad.	0%	100%	0%	100%	Alta		
2.1	20. Evaluar trimestralmente las adquisiciones de Bienes y Servicios en cumplimiento al POA- PAC de acuerdo a normas.	N° de Informe de evaluación trimestral de adquisiciones realizadas de acuerdo a POA- PAC en la entidad.	0%	100%	100%	0%	Alta	Como actividad recurrente se realizan de manera regular el seguimiento POA- PAC de acuerdo a normativa institucional.	Nota: SSU/GAF/274/2021
2.1	21. Evaluar semestralmente el Manejo de almacenes generales y de medicamentos físico valorado en base a kardex de acuerdo a normas.	N° de Informe emitidos sobre evaluación de del manejo de Almacén General y Almacén de medicamentos en la entidad.	0%	100%	50%	50%	Alta	Como actividad recurrente se realizan de manera regular los estados de cuenta de almacenes general y medicamentos de acuerdo a normativa institucional	Nota: SSU/GAF/274/2021
2.1	22. Evaluar trimestralmente la Disposición de Activos Fijos de acuerdo a normas.	N° de Informe de evaluación trimestral de disposición de Activos Fijos en la entidad.	0%	100%	50%	50%	Alta	Se realizan los estados de cuenta de activos fijos de manera recurrente	Nota: SSU/GAF/274/2021
2.1	23. Implementar el Plan de Mantenimiento Correctivo y Preventivo de los equipos hospitalarios, sistemas informáticos e infraestructura hospitalaria.	N° de Informe de períodos de cumplimiento de actividades del plan de mantenimiento, correctivo y preventivo de los equipos hospitalarios, sistemas informáticos e infraestructura de la entidad.	0%	100%	100%	0%	Alta	Se cuenta con el planes de mantenimiento y muestra de contratos de los mantenimientos realizados.	Nota: SSU/GAF/274/2021
2.1	24. Fortalecer el parque automotor con adquisición de nuevas ambulancias debidamente equipadas con tecnología de última generación.	Informe del proceso de adquisición de la ambulancia de la entidad.	0%	100%	100%	0%	Alta	Se realizó la adquisición de la Ambulancia, se cuenta con el Contrato Administrativo correspondiente.	Nota: SSU/GAF/274/2021
2.1	25. Evaluar Trimestralmente Ingresos y Egresos	Nº de informes de seguimiento trimestral.	0%	100%	50%	50%	Alta	Se cuenta con los Estados financieros realizados.	Nota: SSU/GAF/274/2021
2.1	26. Evaluar mensualmente la Ejecución Presupuestaria y las Certificaciones Presupuestarias emitidas	N° de Informe mensuales de seguimiento emitidos de la ejecución presupuestaria y certificaciones presupuestarias realizadas en la entidad.	0%	100%	100%	0%	Alta	Como actividad recurrente se realizan el seguimiento a la ejecución presupuestaria y sus certificaciones se adjunta cartas de remisión del mismo.	Nota: SSU/GAF/274/2021
2.1	27. Evaluar trimestralmente el flujo de caja, emisión de cheques e indicadores financieros	N° de Informe mensuales de seguimiento emitidos de la ejecución presupuestaria y certificaciones presupuestarias realizadas en la entidad.	0	100%	100%	0%	Alta	Como actividad recurrente se realizan los flujos de caja y conciliaciones bancarias.	Nota: SSU/GAF/274/2021
2.1	28. Implementar la Unidad de Ventanilla Única.	Informe de implantación de la ventanilla única en la entidad	0%	100%	100%	0%	Alta	Actualmente se encuentra funcionando ventanilla única. Memorandum RRHH N° 346/2021	Nota: RRHH 0690/21
1	29. Consolidación de la Unidad de Estrategias Comunicacionales.	Memorándum de designación al personal de la unidad de Estrategias Comunicacionales en la entidad	0%	100%	50%	50%	Alta	Temporalmente se implementó la Unidad, Memorándums DRRHH015/2015 y DRRHH 163/2016. La unidad se implementó desde enero del 2015 y la aprobación del nuevo MOCFC en septiembre 2018 donde ya no se consideró esta unidad.	Nota: RRHH 0690/21
2.1	30. Implementar la Unidad de Costos Hospitalarios.	Informe de implantación de la unidad de costos hospitalarios	0%	100%	20%	80%	Baja	Se contrato una persona para el cargo entre abril y octubre de 2018. Por observaciones a la contratación del profesional por parte del sindicato las autoridades decidieron considerar la recontratación de personal para este cargo.	Nota: RRHH 0690/21
2.2	31. Realizar todas las acciones legales necesarias que permitan la recuperación del Edificio Becker y consoliden las propiedades del SSULP.	N° de informes legales de las actuaciones para recuperar el Edificio Becker.	20%	100%	50%	50%	Alta	Se realizaron las acciones legales de acuerdo a normativa para la recuperación y posesión física del edificio Becker	Nota: D. J. 393/2021
3.1	32. Relevar el estado y vigencia del equipamiento con que cuenta la institución.	%de equipos en buen estado/Nº total de equipos de la institución	0	100%	100%	0%	Alta	Se realizó la inventariación, codificación, clasificación y revaluó técnico.	Nota: SSU/GAF/274/2021
3.1	33. Actualizar el equipamiento en función al adelanto tecnológico y necesidad institucional, previo análisis del costo - beneficio.	N° Equipos nuevos/Nº total de Equipos	0	100%	100%	0%	Alta	Informe de adquisición de equipos gestiones 2018-2019-2020	Nota: SSU/GAF/274/2021
3.1	34. Rediseñar y actualizar la nueva Estructura Organizacional	Informe de aprobación de la nueva estructura	0%	100%	100%	0%	Alta	Se aprobó e implemento una nueva estructura organizacional en Septiembre de 2018 mediante Res de Directorio N° 038/2018	R.D. N° 038/2018
3.1	35. Implementar la Nueva Estructura Organizacional aprobada, a través de la aplicación de manuales administrativos.	N° de Manuales aprobados /Nº total de manuales requeridos	0%	100%	20%	80%	Alta	Se aprobó e implemento una nueva estructura organizacional en Septiembre de 2018 mediante Res. de Directorio N° 038/2018	R.D. N° 038/2018

3.1	36. Gestionar ante la OPS/ OMS para la obtención de los Sistemas de Información Gerencial (SIG).	Informe sobre el grado de avance en las gestiones	0%	100%	0%	100%	Baja	No se realizó coordinación con OPS/OMS	Informed TIC 015/2021
3.1	37. Gestionar ante el Ministerio de Salud la obtención de los Sistemas SICE (Sistema de Información Clínica Estadística) y SIAF (Sistema de Información Administrativa Financiera).	Informe sobre el grado de avance en las gestiones	0%	100%	0%	100%	Baja	Falta de apoyo por el SNIS-VE del Ministerio de Salud y coordinación con el SSULP, para su ajuste al SSULP se requiere de los códigos fuentes.	Informed TIC 015/2021
3.1	38. Implementar y adecuar un sistema informático integral.	Informe sobre el grado de avance	0%	100%	0%	100%	Baja	La implementación es de manera parcial en algunos módulos de acuerdo a requerimiento institucional.	Informed TIC 015/2021
3.2	39. Realizar un diagnóstico de la dotación de personal existente.	Informed del diagnostic elaborate.	0%	100%	70%	30%	Alta	De acuerdo a Res. De Directorio N° 017/2018 los Subsistemas de Administración de Personal se encuentran en el Marco de la ley General del Trabajo sin embargo las necesidades de personal se pusieron en conocimiento de las autoridades a través de informes.	Informed DPTO RRHH N° 474/2017
3.2	40. Realizar la evaluación del desempeño del personal del SSULP de manera periódica	Nº de Informes de Evaluación del Desempeño	0%	100%	50%	50%	Alta	Las evaluaciones deben realizarse por gestión concluida, la gestión 2020 se debió realizar la evaluación de la gestión 2019 pero no se realizó por la pandemia.	Nota. DIR. OHSP-104-2021.
3.2	41. Elaborar un Plan de movilidad de personal	Nº de Informes del Plan de Movilidad	0%	100%	50%	50%	Alta	De acuerdo a Res. De Directorio N° 017/2018 la movilidad del personal se realiza de acuerdo a necesidad institucional.	Nota: DIR. OHSP-104-2021
3.2	42. Desarrollar un Plan de capacitación continua para los Recursos humanos del SSULP, orientando a mejorar las competencias funcionarias y la gestión de calidad.	Informe del Plan de capacitación	0%	100%	25%	75%	Baja	Respalados en Res. De Directorio 017/2018 se inició con el relevamiento de necesidades para la elaboración del plan.	Nota: DIR. OHSP-104-2021
3.2	43. Fortalecer el conocimiento del personal respecto a las normativas vigentes que rigen el actuar ético y disciplinado en el desempeño de sus funciones.	Nº de talleres de capacitación programados / Nº de talleres de capacitación programados	0%	100%	25%	75%	Baja	A pesar de no contar con un Plan de Capacitación se estuvieron organizando cursos y respaldando al personal brindándole permisos especiales para asistir a los mismos. Se adjunta listado de cursos realizados por el personal en el CENCAP.	Nota: DIR. OHSP-104-2021
3.2	44. Traspasar ítems de personal eventual a la planilla de personal permanente, de acuerdo al requerimiento institucional.	Nº de ítems traspasados / Nº total de personal existente	0%	100%	30%	70%	Baja	Se esta realizando el traspaso progresivo sin embargo se encuentra pendiente la aprobación del Directorio del SSULP	Nota: DIR. OHSP-104-2021

ANEXO 3: PLAN DE CONTINGENCIA PARA EL COVID-19

**ANEXO 4: FUENTES DE INFORMACIÓN (DOCUMENTACIÓN DE EVALUACIÓN
GENERADA POR LAS ÁREAS ORGANIZACIONALES DEL SSULP)**