

INFORME DE RESULTADOS

PLAN DE TRABAJO ANUAL

2023

GOBIERNO DE
PUERTO RICO
DEPARTAMENTO
DE SALUD

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Informe de Resultados: Plan de Trabajo Anual 2023

Gobierno de Puerto Rico
Departamento de Salud



Informe de Resultados: Plan de Trabajo Anual 2023

Carlos R. Mellado López, MD
Secretario de Salud

Lisa A. Soto Torres
Directora Interina
Oficina de Planificación y Desarrollo

Informe de Resultados: Plan de Trabajo Anual 2023

Carlos R. Mellado López, MD
Secretario de Salud

Lisa A. Soto Torres, MA, PCC
Directora Interina
Oficina de Planificación y Desarrollo

Jesiel M. Díaz Colón, MPA
Gerente - División de Evaluación
y Mejora Continua de la Salud Pública

EQUIPO DE COORDINACIÓN Y EVALUACIÓN:

Zelma L. Ríos Vázquez, MS
Evaluadora

Nicole M. Bracero García, MS
Evaluadora

Jessica Rosario Cardenales, MS
Especialista en Mejora de Procesos

José F. Sánchez Lozada, BA
Artista Gráfico

Karina Sánchez Vélez, MPH
Oficial de Cumplimiento e Informes

Políticas para uso y reproducción: Bajo los términos de esta licencia usted puede copiar, redistribuir y adaptar el presente trabajo para propósitos no comerciales, siempre que el documento sea citado adecuadamente a tenor con la referencia aquí presentada. Ninguna modalidad de este trabajo debe sugerir de manera alguna que el Departamento de Salud de Puerto Rico endosa a organizaciones específicas, productos o servicios. Se prohíbe la utilización del logo del Departamento de Salud. Si adapta este trabajo, deberá licenciar su producto bajo el mismo tipo, acceso o, en su lugar, alguno equivalente. Si usted crea alguna traducción de este trabajo, deberá incluir la siguiente nota junto a la citación sugerida: *"Esta traducción no fue creada por el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). El DSPR no se responsabiliza por el contenido o exactitud de la presente traducción. La versión en español será considerada como vinculante y auténtica"*.

Aclaración sobre lenguaje inclusivo: En este documento se utilizará el género gramatical masculino para referirse a diversos colectivos [por ejemplo, trabajadores y trabajadoras; hombre, mujer, queer, intersexuales...] sin que esto suponga un lenguaje sexista y excluyente.

El Departamento de Salud de Puerto Rico ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en el presente documento. Para obtener publicaciones relacionadas o de otra índole, puede acceder a <https://salud.pr.gov>. Para someter cualquier comentario, interrogante o sugerencia, favor escribir a documentosplanificacions@salud.pr.gov.

Citación sugerida: Departamento de Salud de Puerto Rico (2024). Informe de Resultados: *Plan de Trabajo Anual del Departamento de Salud 2023*. Oficina de Planificación y Desarrollo.

Mensaje del Secretario de Salud

El Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) presenta su habitual Informe de Resultados correspondiente al Plan de Trabajo del Departamento de Salud 2023. El propósito de este informe radica en evaluar y examinar las metas, objetivos y actividades propuestas a trabajar por parte de cada unidad durante el año 2023. A través de esta iniciativa, se pretende identificar éxitos, áreas de mejora y oportunidades claves que puedan incidir en optimizar el desempeño, y aumentar la eficiencia y efectividad al momento de implementar la política pública de la Agencia, así como los planes de acción correctivos. Esto con el fin de propiciar acciones concretas hacia la mejora continua del sistema de salud pública de Puerto Rico, tanto a corto como a largo plazo, de manera sostenible y con un compromiso constante con la rendición de cuentas y la honestidad, presentando resultados fiables y verificables.

Distinguidos por ser una agencia líder en su ejecutoria y aportación al sistema de salud pública de Puerto Rico, en el DSPR continuamos trabajando persistentemente para promover el desarrollo de comunidades saludables considerando de forma integral a las personas y los factores que influyen en su salud tal como establece nuestra misión. El Informe de Resultados 2023 reafirma nuestro compromiso en salvaguardar el derecho a la salud, según establece nuestra visión, fomentando un sistema preventivo, integrado, accesible y equitativo con el compromiso de implementar acciones que guíen y promuevan la transparencia y rendición de cuentas, revelando los resultados y logros alcanzados a lo largo del año.

El Informe de Resultados 2023 se basa en la nueva estructura organizacional del DSPR, que entró en vigor en septiembre de 2023, mostrando los resultados iniciales del proceso de transformación organizacional. Es importante destacar que esta reorganización interna es uno de los logros más significativos durante la gestión del DSPR, con el objetivo de maximizar capacidades y fortalecer la ejecución de las responsabilidades que nos han sido conferidas por ley. De igual forma, cabe resaltar que los resultados obtenidos son el producto del valioso aporte de nuestra destacada fuerza laboral, cuya experiencia y habilidades profesionales han sido pilares fundamentales para la implementación del plan de trabajo y sus resultados. A todos, expreso mi más sincero agradecimiento por su dedicación incansable e inquebrantable, y su valiosa contribución para un bienestar colectivo, propiciando un Puerto Rico más saludable.

Carlos R. Mellado López, MD
Secretario de Salud

Introducción

El **Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR)** continúa implementando activamente su Plan Estratégico 2025. Este medular documento marca la hoja de ruta del accionar institucional para abordar efectivamente los complejos y cambiantes retos que enfrenta la salud pública de Puerto Rico. Pieza fundamental de este proceso es la continua evaluación de efectividad y progreso de las actividades propuestas por las unidades operacionales.

Por tanto, el presente **Informe de Resultados del Plan de Trabajo Anual del Departamento de Salud** correspondiente al año **2023** es un ejercicio de carácter prioritario y continuo que viabiliza la gestión administrativa y programática de la Agencia. A través del presente documento, es el máximo interés del Departamento plasmar de manera clara, concisa e integrada el progreso de las diversas metas, objetivos y actividades propuestas por nuestras unidades operacionales para el pasado año 2023. Como producto final, ofrecemos al pueblo de Puerto Rico un ejercicio introspectivo que permitirá rendir cuentas y realinear nuestras acciones en beneficio de la salud pública colectiva.

El desarrollo de este **Informe de Resultados** emana de las disposiciones de la Ley Núm. 236 de 30 de diciembre de 2010, según enmendada, conocida como “Ley de Rendición de Cuentas y Ejecución de Programas Gubernamentales”. De igual manera, nuestro Plan Estratégico 2025 dispone que anualmente todas las unidades evidenciarán el grado de cumplimiento de cada una de las estrategias esbozadas como parte del ejercicio de estructuración y alineamiento de acciones que representa el **Plan de Trabajo Anual**. Ello resulta particularmente importante no solo por ser un requerimiento de ley, sino que nos permite evaluar nuestra gestión e identificar aquellas fortalezas y oportunidades de cada uno de los procesos trazados.

Para lograr este relevante compromiso, la **Oficina de Planificación y Desarrollo (OPD) del DSPR** recabó el insumo de sus unidades primarias y secundarias, las cuales incluyen secretarías auxiliares, oficinas de servicios gerenciales y administrativos, regiones de salud, hospitales públicos, así como comisiones del Grupo de Asesoramiento de Política Pública en Salud. A todas ellas, el Secretario de Salud les

solicitó ponderar y justificar el grado de cumplimiento de las metas y objetivos trazados para el año anterior en base a indicadores de desempeño cuantitativos. Los secretarios auxiliares y directores de unidades. Según correspondiese, fueron designados como enlaces de sus respectivas unidades, por lo que tuvieron la responsabilidad de articular el proceso de desarrollo entre las unidades secundarias o terciarias a su haber. Al final, la OPD revisó y compiló todos los informes sometidos en un único documento institucional.

Como de costumbre, la OPD articuló un ejercicio de acompañamiento y asesoría técnica donde puso a disposición de todas las unidades recursos con peritaje en la evaluación y monitoreo de planes de trabajo. Este personal tuvo la tarea ofrecer capacitaciones sobre los elementos requeridos para desarrollar el informe encomendado, revisar los productos y ofrecer recomendaciones para modificaciones. El pasado 11 de octubre, el personal de la OPD ofreció un taller virtual de orientación a todas las unidades para detallarles el proceso de desarrollo del Informe, así como guiarles a través de la plataforma utilizada. De esta manera, promovemos que los informes a nivel de unidad sean realistas y medibles, además de contar con un estándar de calidad uniforme.

El proceso efectuado para el desarrollo del presente Informe de Resultados enmarca dos aspectos principales. Primeramente, el pasado 1ro. de septiembre de 2023 entró en efecto la nueva estructura organizacional del DSPR. Este importante logro surge a partir de un minucioso proceso de recopilación de información, consultas y análisis junto a todos los Secretarios Auxiliares y Directores de unidades primarias. Ello dio paso a modificar la estructura previa, vigente durante quince años, para hacerla más ágil, eficiente e integral, viabilizando una coordinación intradepartamental efectiva. Para efectos del presente informe, se utiliza la nueva estructura organizacional como referente.

La presente entrega del **Informe de Resultados 2023**, al igual que las anteriores, es de vital importancia para la evaluación de la ejecución y el cumplimiento con las prioridades estratégicas establecidas mediante el Plan Estratégico 2025. A su vez, nos permite identificar logros alcanzados y centrar esfuerzos en objetivos con potencial por aprovechar. De este modo, continuamos realizando planes de acción alcanzables y cónsonos con las necesidades y particularidades de Puerto Rico en beneficio de una población más saludable.

Presentación del Departamento de Salud

El Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) es la agencia encomendada por ley para atender los asuntos de salud pública en Puerto Rico. La dependencia, fundada en 1912, atiende una multiplicidad de asuntos de variada naturaleza mediante el ejercicio de funciones de carácter administrativo, regulatorio, preventivo/clínico y de respuesta ante situaciones de emergencia, todas ellas con miras a garantizar el derecho a la salud de los puertorriqueños. Con una fuerza laboral numerosa y un presupuesto combinado que oscila entre \$1,000 a \$2,000 millones anuales, el DSPR representa una de las agencias públicas de mayor tamaño y diversidad en el andamiaje gubernamental de Puerto Rico. Adicional a ello, el DSPR es el eje conector de las cinco agencias que reglamentariamente componen el sistema de salud pública de Puerto Rico, a saber:

- Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)
- Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM)
- Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y el Caribe
- Oficina de Coordinación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

BASE LEGAL

El poder del Departamento de Salud emana principalmente de dos vertientes. En primera instancia, la Agencia posee rango constitucional por virtud del Artículo IV, Sección 6, de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Paralelamente, los poderes definidos del DSPR provienen en gran medida de la Ley 81 del 14 de marzo de 1912 según enmendada, mejor conocida como la “Ley del Departamento de Salud de Puerto Rico”. A través de esta disposición legal -máxima guía de la gestión ministerial de la Agencia- se delega sobre el Secretario de Salud los asuntos relacionados a salud, sanidad y beneficencia pública que le sean encomendados por ley. A tenor con ello, la ley le permite al Secretario establecer cualquier reglamentación que se estime necesaria con el fin de combatir epidemias, prevenir enfermedades infecciosas, recopilar información estadística vital y todo aquello que ulteriormente contribuya a la protección, cuidado mejoramiento y conservación de la salud pública en general.

Misión y visión del DSPR

Durante el pasado 2020, el DSPR renovó sus fundamentos filosóficos en aras de atemperarlos a las históricas circunstancias contemporáneas que enfrenta nuestro país. Para alcanzar este propósito, la Agencia diseñó una metodología colaborativa que buscó recabar un abarcador insumo. A tales efectos, sobre un centenar de actores del sistema de salud pública fueron consultados directamente, a saber, organizaciones comunitarias, académicas, profesionales, privadas y gubernamentales, entre otras. En ese sentido, el producto resultante fue una nueva misión para el Departamento de Salud que reza como sigue:

Misión 2020-2025

“El Departamento de Salud diseña e implanta políticas y estrategias de salud pública que propicien, evalúen y logren comunidades saludables considerando de forma integral a las personas y los factores que influyen en su salud”.

De igual modo, el insumo recopilado permitió esbozar una nueva visión para el DSPR que permitirá conducir a la agencia hacia su aspiración futura. Ello reza como de la siguiente manera:

Visión 2020-2025

“Ser la agencia que salvaguarda el derecho a la salud e impulsa un sistema preventivo, integrado, accesible y equitativo que atiende de forma acertada las necesidades de salud pública de las comunidades de Puerto Rico”.

Como parte del ejercicio de definición de los lineamientos filosóficos que dirigen la gestión del DSPR a futuro, se definieron una serie de valores organizacionales y principios guías sobre los cuales deberán descansar las actuaciones de la Agencia. Primeramente, se definieron los cinco valores organizacionales que deberá fundamentar el accionar institucional: prevención, justicia social, responsabilidad, confianza y respeto. Acto seguido, se establecieron los cinco principios guías que dirigirán el camino a seguir para las referidas acciones: el derecho a la salud, mejora continua, equidad en salud, gobernanza y esfuerzos informados por la evidencia. Las Figuras 1 y 2 presentan gráficamente los discutidos lineamientos.



Figura 1. Valores organizacionales del DSPR (Fuente: Plan Estratégico DSPR 2025)



Figura 2. Principios guías del DSPR (Fuente: Plan Estratégico DSPR 2025)

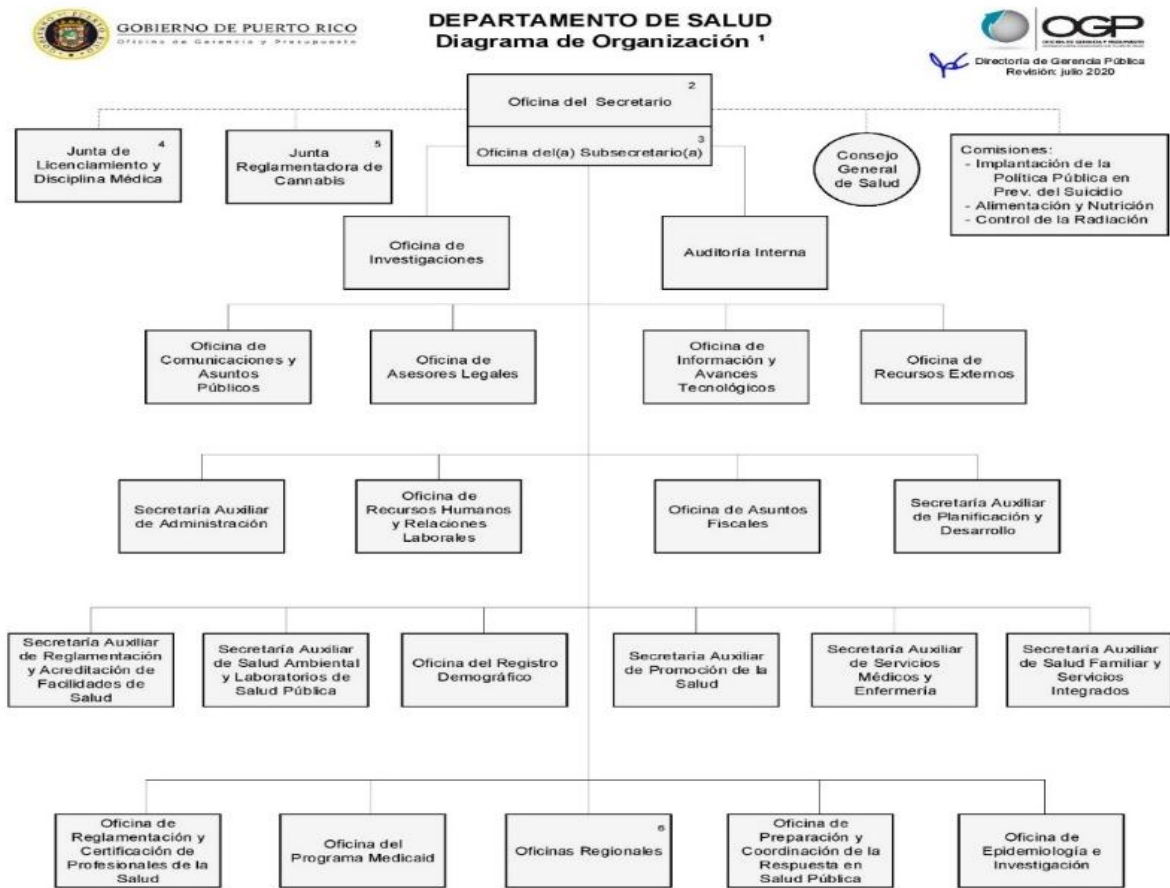
Estructura Organizacional

Durante el pasado año 2023, el DSPR contaba con cerca de 30 unidades operacionales dirigidas a atender diversos aspectos de la salud pública del archipiélago, o en apoyo a dicho propósito, en su carácter administrativo, regulatorio, preventivo/clínico y de respuesta ante situaciones de emergencia. La Agencia tenía en vigor una estructura organizacional basada en los lineamientos de la Orden Administrativa Núm. 2008-240, la cual contaba con ocho secretarías auxiliares, diez oficinas primarias, siete oficinas regionales, dos programas federales de envergadura, tres hospitales públicos y cuatro juntas o comisiones. La Figura 3 presenta el organigrama vigente durante dicho periodo.

Transcurridos sobre 15 años de ello, se han presentado una serie de desafíos complejos y cambiantes en la salud pública, particularmente luego de desastres naturales y la pandemia del COVID-19. Ello hizo meritorio un ajuste en la estructura vigente del DSPR. Fue así que, desde el año 2021, el DSPR inició esfuerzos para redefinir la estructura atemperada a los nuevos retos en la salud del archipiélago. Finalmente, el 1ro. de septiembre de 2023, tras un profundo proceso de consulta y análisis, el DSPR implementó su nueva estructura organizacional mediante Orden Administrativa Núm. 578. Esta reorganización tiene varias novedades, las cuales incluyen una centralización de funciones, la simplificación de procesos, mayor accesibilidad a los servicios y la promoción de la equidad en salud. Ello, a su vez, permite maximizar las capacidades institucionales, abriendo paso a un abordaje más eficaz ante los nuevos desafíos que enfrenta nuestra sociedad puertorriqueña. Finalmente, como resultado de esta transformación estructural, el DSPR espera alcanzar los siguientes objetivos:

1. Lograr una integración funcional del DSPR que permita centralizar funciones y promover la eficiencia mediante la simplificación y agilidad de procesos.
2. Fortalecer y expandir capacidades para la comunicación efectiva, coordinación y colaboración entre unidades.
3. Promover una cultura de mejora continua del desempeño y la calidad, mediante la Acreditación en Salud Pública del DSPR, teniendo como referente los estándares y medidas dispuestos en la guía de la *Public Health Accreditation Board* (PHAB). Esto nos ubicaría en condiciones propicias para lograr resultados en salud con mayor y mejor acceso a servicios en términos de equidad en salud.
4. Generar eficiencias y optimización de los procesos, sistemas y recursos, además de la consolidación de roles afines, entre otros mecanismos que permitan el ofrecimiento de servicios integrados y responsivos a las necesidades de las comunidades de Puerto Rico, incluyendo la atención a poblaciones vulneradas y con diversas necesidades.

Con este trasfondo, la nueva estructura es conformada por cuatro secretarías auxiliares, ocho oficinas de carácter administrativo o estratégico y un andamiaje asesor al Secretario, particularmente en temas de política pública (Figura 4). Para la presentación del Informe de Resultados del Plan de Trabajo Anual 2023, se utiliza la nueva estructura organizacional.



NOTAS:

1. El diagrama incluyen únicamente las unidades primarias.
2. Incluye la unidad de los Ayudantes Especiales y Asesores.
3. Incluye la función de análisis y desarrollo de política pública.
4. Junta creada y adscrita al Departamento mediante la Ley Núm. 139 del 1 de agosto de 2008.
5. Junta creada al amparo de la Ley 42-2017. La misma está constituida por nueve (9) miembros, a saber: Seis (6) miembros ex-oficio: el Secretario de Salud, el Secretario de Agricultura, el Secretario del DDEC, el Secretario de Hacienda, el Secretario del DACO, y el Superintendente de la Policía (actual Comisionado de la Policía); y tres (3) personas nombradas por el Gobernador.
6. Incluye los pueblos de: Arecibo, Bayamón, Caguas, Humacao, Mayagüez, Aguadilla, Ponce, Fajardo; y zona metropolitana.

Figura 3. Estructura organizacional del DSPR 2022 (Fuente: OGP).

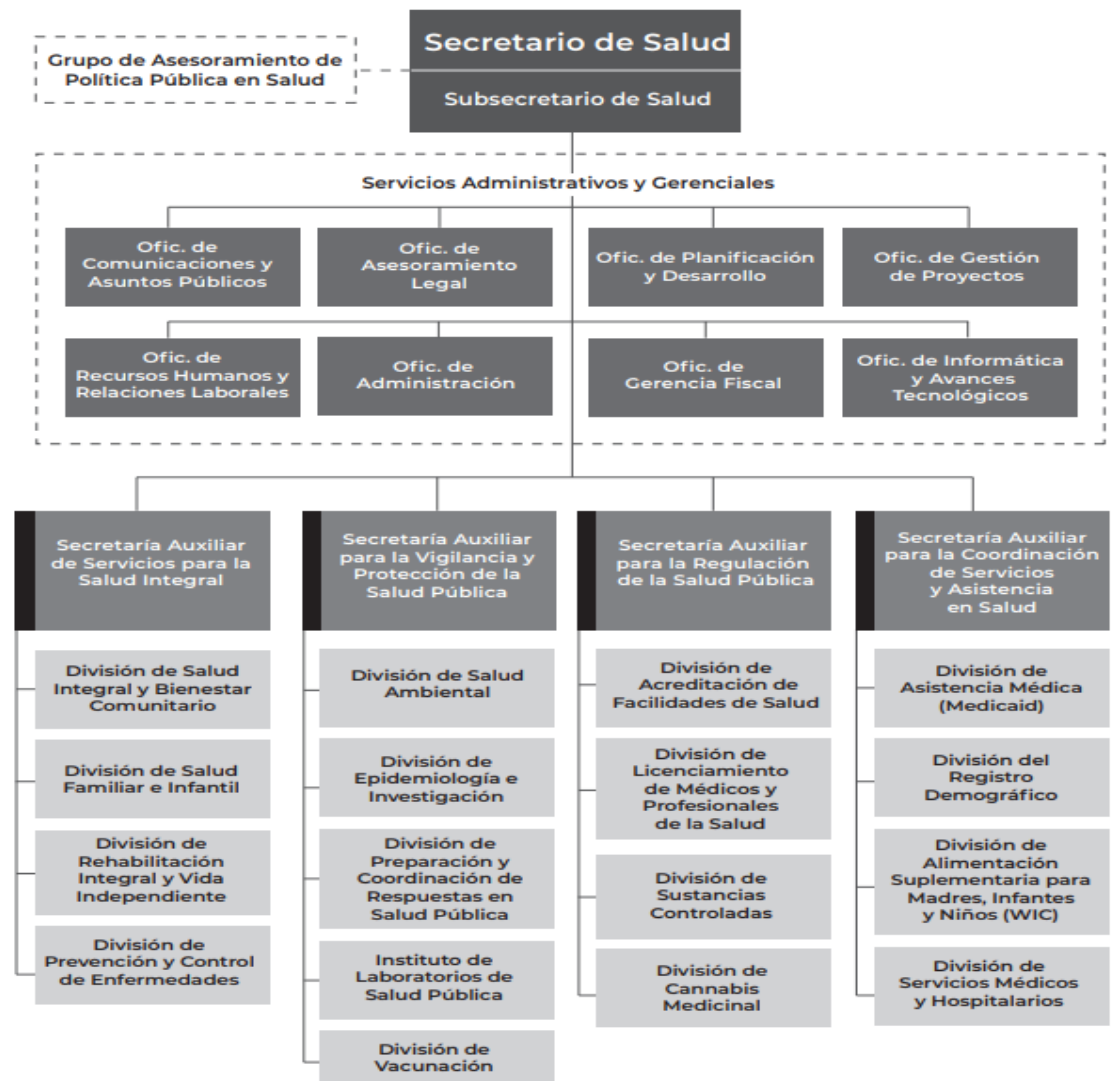


Figura 4. Estructura organizacional del DSPR vigente desde 2023 (Fuente: OGP).

Estructura Programática

La presente iniciativa del Informe de Resultados del Plan de Trabajo Anual del DSPR emana de la necesidad de vincular nuestro accionar institucional con los lineamientos establecidos por el Plan Estratégico 2025. Reiteramos que este medular documento es resultado directo de una metodología colaborativa, donde nuestras unidades operacionales, regionales de salud, líderes del sistema de salud pública y sobre un centenar de instituciones colaboradoras aunaron esfuerzos para producir un abarcador insumo. De esta manera, se trazó en conjunto la hoja de ruta que deberá seguir la Agencia durante los próximos cinco años en aras de fortalecer y mejorar su ejecución.

El Plan Estratégico 2025 enfatiza la necesidad de que la totalidad de nuestras unidades rediseñen y dirijan sus respectivos procesos hacia la consecución de ciertas prioridades estratégicamente identificadas. Estas áreas preferentes, disponibles en la Tabla 1, responden a aspectos tan críticos como la equidad en salud, promoción de comunidades saludables, fortalecimiento de las capacidades internas, alcanzar la sustentabilidad y enfoque en las necesidades contextuales de la salud pública. Por tal motivo, es inherente el que nuestras unidades operacionales puedan implantar un ejercicio de planificación con el objetivo de fomentar la integración de sus particulares acciones con las prioridades estratégicas institucionales. A través de dicha actividad, se requiere que las unidades identifiquen sus metas, objetivos y actividades para el periodo anual concernido y establezcan una clara vinculación con los diversos elementos prioritarios del Plan Estratégico.

Evaluación y Monitoreo

Uno de los principios guías del DSPR es la mejora continua en su ejecución, de modo que se garantice el cabal cumplimiento de la misión institucional y la paralela consecución de su visión. A tales efectos, el Plan de Trabajo Anual - particularmente el presente ejercicio de Informe de Resultados- fue concebido como un ejercicio de monitoreo de la implementación del Plan Estratégico.

Mediante la delimitación de metas, objetivos, actividades e indicadores de desempeño por cada una de las unidades administrativas y operacionales, se espera que el DSPR pueda medir de manera eficiente el grado de cumplimiento y avance hacia la consecución de cambios contundentes en beneficio de la salud pública de Puerto Rico. Finalizando el periodo de implementación del PTA, requerimos a todas las unidades evidenciar en mayor detalle el grado de cumplimiento con respecto a las metas y objetivos esbozados. Ello permite a las unidades evaluar la efectividad de sus actividades y, de ser necesario, ofrece una base para rediseñar las metas y objetivos a implementar durante el venidero periodo. Este es el ejercicio que llevamos a cabo en el presente documento.

Tabla 1.

Prioridades estratégicas y áreas temáticas del Plan Estratégico 2025.

| Prioridad Estratégica | Área Temática |
|--|---|
| 1. Equidad y determinantes sociales de la salud | 1.1 Equidad en salud |
| 2. Gobernanza en salud pública e informática de la salud | 2.1 Gobernanza de datos e informática de salud |
| | 2.2 Integración de la población en el desarrollo e implantación de política pública |
| 3. Preparación y respuesta ante emergencias | 3.1 Respuesta y atención de emergencias de salud pública |
| 4. Desarrollo, fortalecimiento y sustentabilidad organizacional | 4.1 Desarrollo y fortalecimiento de capacidades del DS |
| | 4.2 Sustentabilidad financiera del DS |
| 5. Calidad y resultados en salud pública | 5.1 Monitoreo, vigilancia y evaluación de la salud y el sistema de salud pública |

Notas:

I) Al momento de la publicación del presente Informe de Resultados 2023, no se recibieron los insumos solicitados a las unidades a continuación:

- Instituto de Laboratorios de Salud Pública (ILSP)
- Oficina Regional de Arecibo

II) De igual manera, al momento de la publicación del Plan de Trabajo Anual 2023 en mayo de dicho periodo, no se incluyó a las unidades a continuación debido a que no presentaron los planes de trabajo solicitados:

- Hospital Pediátrico Universitario Dr. Antonio Ortiz
- Oficina de Comunicaciones y Asuntos Públicos
- Oficina de Gerencia Fiscal
- Oficina de Informática y Avances Tecnológicos
- Oficina de Recursos Humanos y Relaciones Laborales

Nota: A tenor con la OA 2023-578, la Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos y Relaciones Laborales pasó a denominarse Oficina de Recursos Humanos y Relaciones Laborales a partir del 1ro. de septiembre de 2023.

- División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

Nota: A tenor con la OA 2023-578, la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud pasó a denominarse División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud.

- División de Acreditación de Facilidades de Salud

Nota: A tenor con la OA 2023-578, la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud pasó a denominarse División de Acreditación de Facilidades de Salud a partir del 1ro. de septiembre de 2023.

III) La nueva estructura organizacional del DSPR vigente a partir del 1ro. de septiembre de 2023 reconfiguró la organización interna de la Agencia. Aquellas unidades de carácter programático quedaron agrupadas bajo las siguientes cuatro secretarías auxiliares:

Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral

Dra. Marilú Cintrón Casado, Secretaria Auxiliar; marilu.cintron@salud.pr.gov

- Unidades secundarias: 1) División de Salud Integral y Bienestar Comunitario; 2) División de Salud Familiar e Infantil; 3) División de Rehabilitación Integral y Vida Independiente; 4) División de Prevención y Control de Enfermedades

Secretaría Auxiliar para la Vigilancia y Protección de la Salud Pública

Dra. Melissa Marzán Rodríguez, Secretaria Auxiliar Interina; melissa.marzan@salud.pr.gov

- Unidades secundarias: 1) División de Salud Ambiental; 2) División de Epidemiología e Investigación; 3) División de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública; 4) Instituto de Laboratorios de Salud Pública; 5) División de Vacunación

Secretaría Auxiliar para la Regulación de la Salud Pública

Sr. Kevin O. Rojas Collazo, Secretario Auxiliar; kevin.rojas@salud.pr.gov

- Unidades secundarias: 1) División de Acreditación de Facilidades de Salud; 2) División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud; 3) División de Sustancias Controladas; 4) División de Cannabis Medicinal

Secretaría Auxiliar para la Coordinación de Servicios y Asistencia en Salud

Lcda. Dinorah Collazo Ortiz, Secretaria Auxiliar; dinorah.collazo@salud.pr.gov

- Unidades secundarias: 1) División de Asistencia Médica (Medicaid); 2) División del Registro Demográfico; 3) División de Alimentación Suplementaria para Madres, Infantes y Niños (WIC); 4) División de Servicios Médicos y Hospitalarios

Tabla de Contenido

| | | |
|------|---|-----|
| I. | Distribución porcentual en cuanto al cumplimiento de metas y objetivos por parte del DSPR | 11 |
| A. | Oficinas de Servicios Administrativos y Gerenciales..... | 12 |
| B. | Secretarías Auxiliares | 13 |
| C. | Grupo de Asesoramiento de Política Pública..... | 14 |
| D. | Oficinas Regionales | 15 |
| II. | Oficinas de Servicios Administrativos y Gerenciales | 16 |
| A. | Oficina de Administración | 17 |
| B. | Oficina de Asesoramiento Legal..... | 35 |
| C. | Oficina de Gestión de Proyectos | 43 |
| D. | Oficina de Planificación y Desarrollo | 53 |
| III. | Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral | 102 |
| IV. | Secretaría Auxiliar para la Coordinación de Servicios y Asistencia en Salud | 123 |
| A. | División de Asistencia Médica (Medicaid) | 124 |
| B. | División del Registro Demográfico | 134 |
| C. | División de Alimentación Suplementaria para Madres, Infantes y Niños (WIC)..... | 143 |
| D. | División de Servicios Médicos y Hospitalarios | 150 |
| V. | Hospitales..... | 155 |
| A. | Hospital Universitario de Adultos (UDH)..... | 155 |
| B. | Hospital Universitario Dr. Ramón Ruiz Arnau (HURRA) | 163 |

| | |
|--|-----|
| VI. Secretaría Auxiliar para la Regulación de la Salud Pública..... | 165 |
| A. División de Cannabis Medicinal..... | 166 |
| VII. Secretaría Auxiliar para la Vigilancia y Protección de la Salud Pública..... | 182 |
| A. División de Epidemiología e Investigación..... | 183 |
| B. División de Preparación y Coordinación de Respuestas en Salud Pública (Bioseguridad)..... | 202 |
| C. División de Salud Ambiental..... | 207 |
| D. División de Vacunación..... | 214 |
| VIII. Grupo de Asesoramiento de Política Pública..... | 217 |
| A. Comisión de Alimentación y Nutrición de Puerto Rico..... | 218 |
| B. Comisión para la Implantación de la Política Pública para Prevención del Suicidio..... | 229 |
| IX. División de Coordinación Regional..... | 266 |
| A. Oficina Regional de Aguadilla..... | 267 |
| B. Oficina Regional de Bayamón..... | 271 |
| C. Oficina Regional de Caguas-Humacao..... | 284 |
| D. Oficina Regional de Mayagüez..... | 286 |
| E. Oficina Regional Metro-Fajardo..... | 296 |
| F. Oficina Regional de Ponce..... | 303 |

I. Distribución porcentual en cuanto al cumplimiento de metas y objetivos por parte del DSPR

Para el año 2023, el Departamento de Salud de Puerto Rico tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento como se muestra a continuación:

| | Completadas/os | En proceso | En demora | Sin comenzar | Canceladas/os | Canceladas/os* |
|------------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Metas (136) | 55.9% (76) | 25.0% (34) | 5.9% (8) | 1.5% (2) | 2.9% (4) | 8.8% (12) |
| Objetivos (330) | 61.2% (202) | 18.8% (62) | 5.5% (18) | 3.3% (11) | 5.2% (17) | 6.1% (20) |

Completada/o: Se completó en el periodo de enero a diciembre de 2023.

En proceso: Continúa su progreso según establecido.

En demora: No se ha completado según establecido.

Sin comenzar: No se ha iniciado

Cancelada/o: Su implementación fue cancelada.

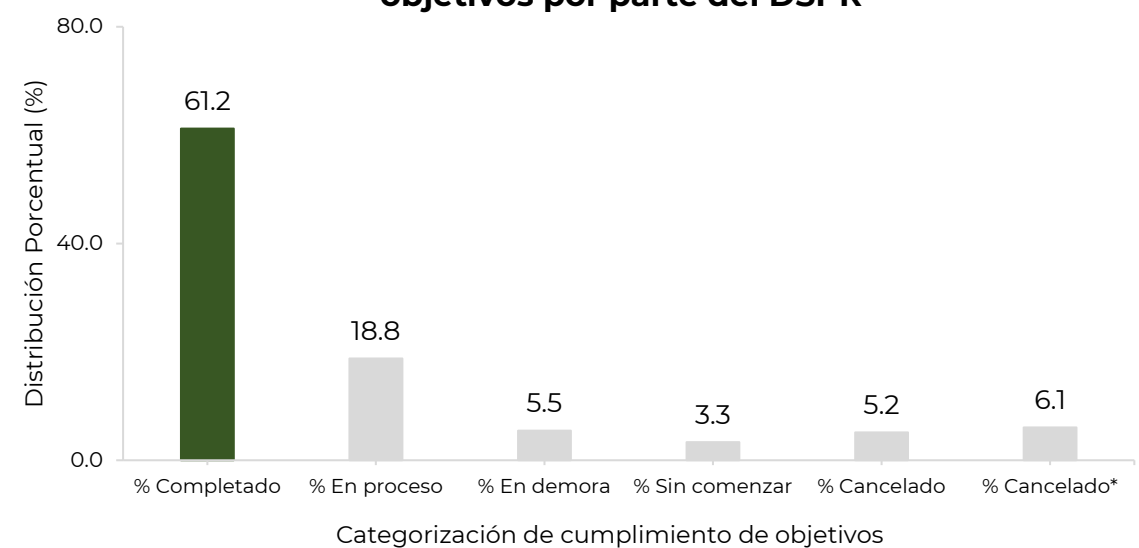
Cancelada/o*:* Meta u objetivo cambió de unidad.

Distribución porcentual del cumplimiento de metas por parte del DSPR



N = 136
Fuente: Informe de Resultados 2023, DSPR

Distribución porcentual del cumplimiento de objetivos por parte del DSPR



N = 330
Fuente: Informe de Resultados 2023, DSPR

Para el mismo año, tomando en consideración la nueva estructura organizacional según la OA-578, el Departamento de Salud de Puerto Rico tuvo una distribución porcentual por categoría en cuanto a su cumplimiento como se muestra a continuación:

A. Oficinas de Servicios Administrativos y Gerenciales

| | Completadas/os | En proceso | En demora | Sin comenzar | Canceladas/os | Canceladas/os* |
|------------------------|-----------------------|-------------------|------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|
| Metas (50) | 46.0% (23) | 28.0% (14) | --- | --- | 2.0% (1) | 24.0% (12) |
| Objetivos (127) | 53.5% (68) | 18.1% (23) | 3.9% (5) | 3.9% (5) | 4.7% (6) | 15.7% (20) |

Completada/o: Se completó en el periodo de enero a diciembre de 2023.

En proceso: Continúa su progreso según establecido.

En demora: No se ha completado según establecido.

Sin comenzar: No se ha iniciado

Cancelada/o: Su implementación fue cancelada.

Cancelada/o*: Meta u objetivo cambió de unidad.*

Distribución porcentual del cumplimiento de metas por Oficinas de Servicios Administrativos y Gerenciales, DSPR



N = 50
Fuente: Informe de Resultados 2023, DSPR

Distribución porcentual del cumplimiento de objetivos por Oficinas de Servicios Administrativos y Gerenciales, DSPR



N = 127
Fuente: Informe de Resultados 2023, DSPR

B. Secretarías Auxiliares

| | Completadas/os | En proceso | En demora | Sin comenzar | Canceladas/os |
|------------------------|-----------------------|-------------------|------------------|---------------------|----------------------|
| Metas (50) | 64.0% (32) | 20.0% (10) | 8.0% (4) | 4.0% (2) | 4.0% (2) |
| Objetivos (120) | 67.5% (81) | 19.2% (23) | 3.3% (4) | 5.0% (6) | 5.0% (6) |

Completada/o: Se completó en el periodo de enero a diciembre de 2023.

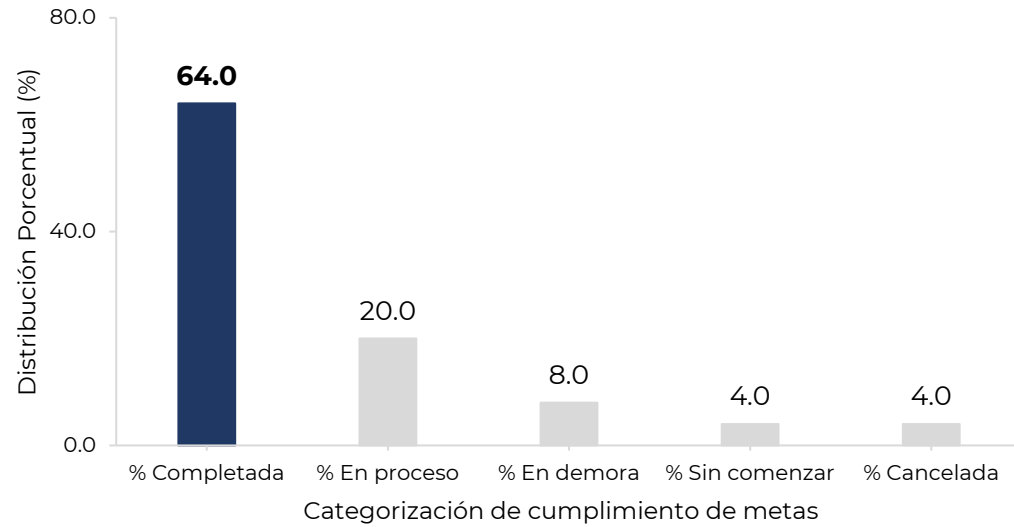
En proceso: Continúa su progreso según establecido.

En demora: No se ha completado según establecido.

Sin comenzar: No se ha iniciado

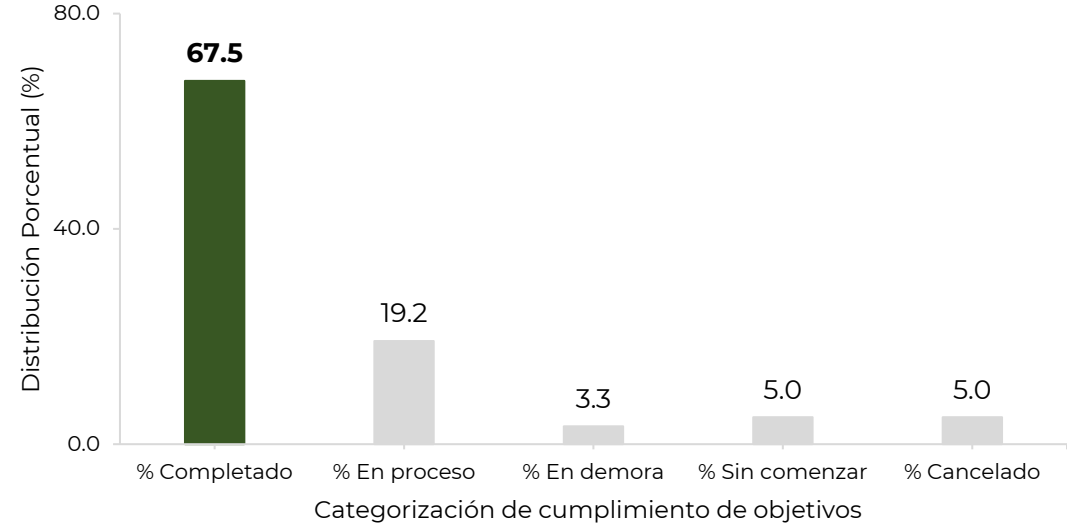
Cancelada/o: Su implementación fue cancelada.

Distribución porcentual del cumplimiento de metas por Secretarías Auxiliares, DSPR



N = 50
Fuente: Informe de Resultados 2023, DSPR

Distribución porcentual del cumplimiento de objetivos por Secretarías Auxiliares, DSPR



N = 120
Fuente: Informe de Resultados 2023, DSPR

C. Grupo de Asesoramiento de Política Pública

| | Completadas/os | En proceso | En demora | Sin comenzar | Canceladas/os |
|-----------------------|-----------------------|-------------------|------------------|---------------------|----------------------|
| Metas (10) | 60.0% (6) | 10.0% (1) | 30.0% (3) | --- | --- |
| Objetivos (28) | 78.6% (22) | --- | 21.4% (6) | --- | --- |

Completada/o: Se completó en el periodo de enero a diciembre de 2023.

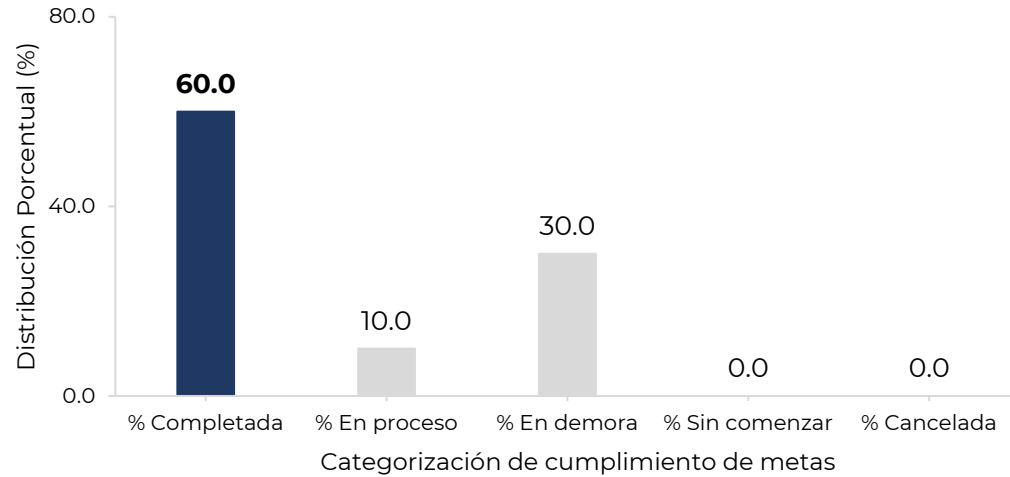
En proceso: Continúa su progreso según establecido.

En demora: No se ha completado según establecido.

Sin comenzar: No se ha iniciado

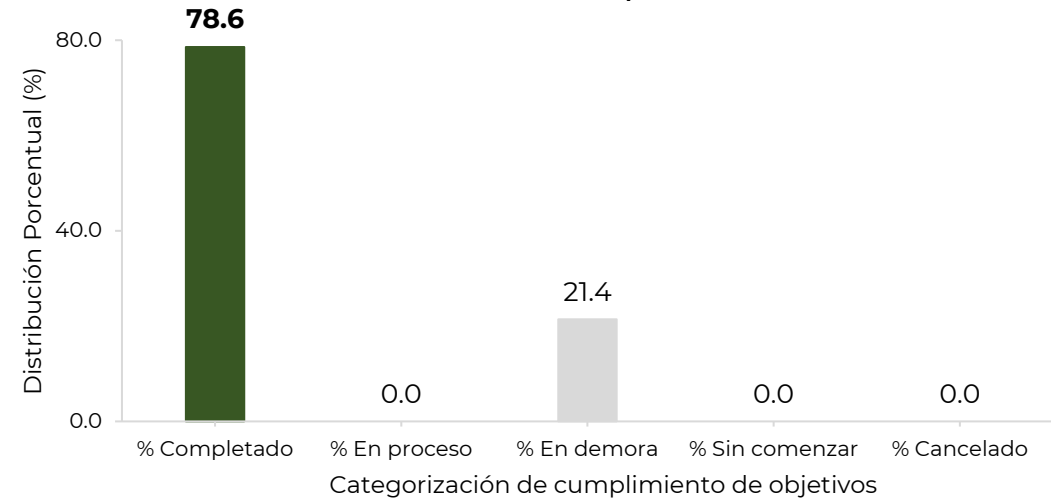
Cancelada/o: Su implementación fue cancelada.

Distribución porcentual del cumplimiento de metas por Grupo de Asesoramiento de Política Pública, DSPR



N = 10
Fuente: Informe de Resultados 2023, DSPR

Distribución porcentual del cumplimiento de objetivos por Grupo de Asesoramiento de Política Pública, DSPR



N = 28
Fuente: Informe de Resultados 2023, DSPR

D. Oficinas Regionales

| | Completadas/os | En proceso | En demora | Sin comenzar | Canceladas/os |
|-----------------------|-----------------------|-------------------|------------------|---------------------|----------------------|
| Metas (26) | 57.7% (15) | 34.6% (9) | 3.8% (1) | --- | 3.8% (1) |
| Objetivos (55) | 56.4% (31) | 29.1% (16) | 5.5% (3) | --- | 9.1% (5) |

Completada/o: Se completó en el periodo de enero a diciembre de 2023.

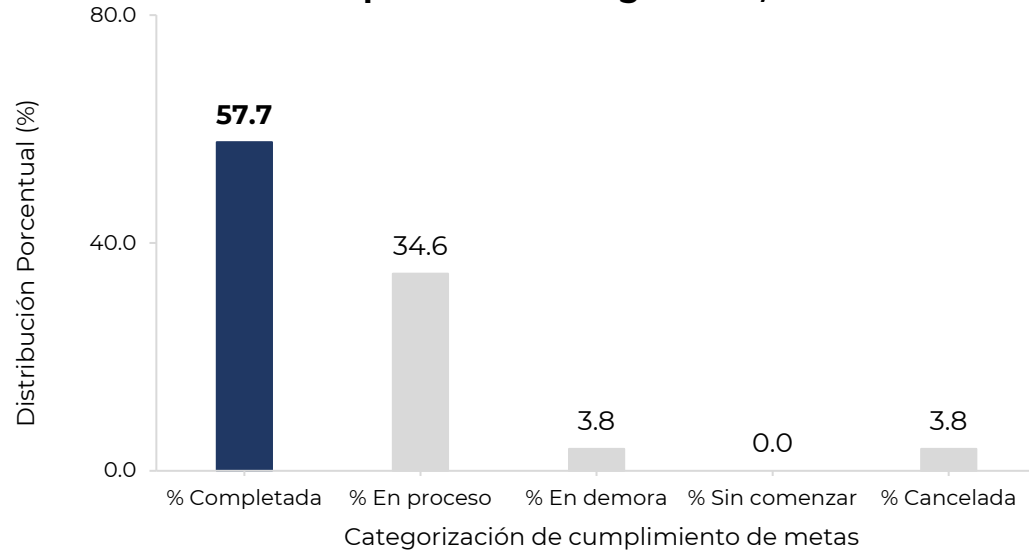
En proceso: Continúa su progreso según establecido.

En demora: No se ha completado según establecido.

Sin comenzar: No se ha iniciado

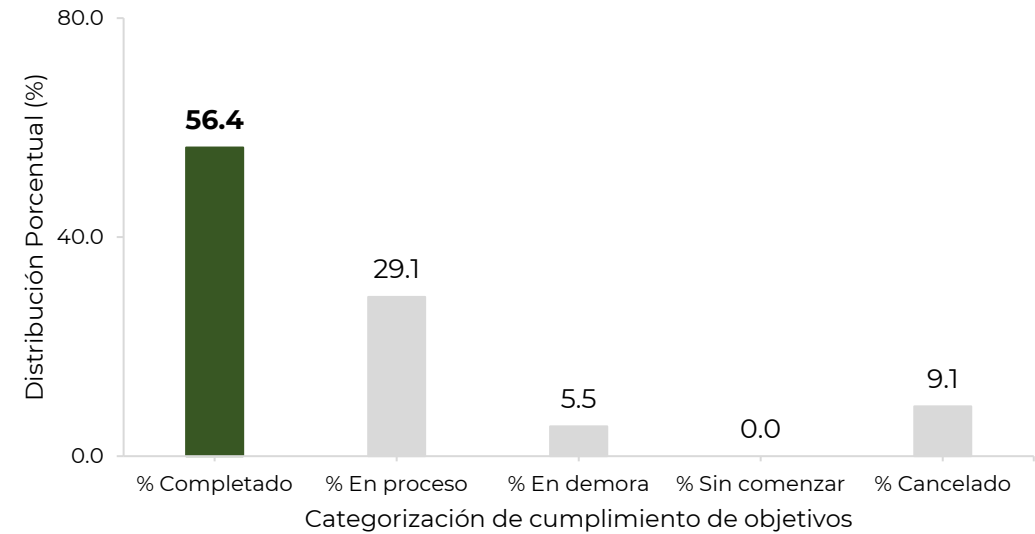
Cancelada/o: Su implementación fue cancelada.

Distribución porcentual del cumplimiento de metas por Oficinas Regionales, DSPR



N = 26
Fuente: Informe de Resultados 2023, DSPR

Distribución porcentual del cumplimiento de objetivos por Oficinas Regionales, DSPR



N = 55
Fuente: Informe de Resultados 2023, DSPR

II. Oficinas de Servicios Administrativos y Gerenciales

Bajo este componente, se agrupan las unidades primarias encargadas de atender y supervisar todos los asuntos estratégicos y administrativos del DSPR relacionados a las funciones de administración, comunicación, recursos humanos, tecnología, presupuesto, asesoramiento legal, planificación, desarrollo y gerencia de proyectos. De esta manera, se busca facilitar la coordinación de estas funciones estratégicas mediante la planificación, coordinación, supervisión y evaluación de las operaciones administrativas a través de todo el DSPR, lo cual permite fortalecer los canales de comunicación en el accionar intradepartamental. El componente incluye las siguientes oficinas:

A. Oficina de Administración

1. Descripción: La Oficina de Administración (OA) atiende todos los temas relacionados al mantenimiento y conservación de las facilidades institucionales; compras, adquisiciones y subastas de bienes y servicios no profesionales; manejo de la propiedad; y gestión de servicios como transportación, correo e imprenta, entre otros. Esta oficina brinda servicios a todas las unidades del DSPR, y todo el personal de la Agencia que ejerza funciones como tales responden a la OA. Esta oficina está compuesta: División de Compras y Subastas y la División de Servicios Generales.

2. Persona Contacto: Lcda. Frances Alcover Morales, Directora Interina; frances.alcover@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 4047, 4046

Nota: A tenor con la OA 2023-578, la Secretaría Auxiliar de Administración pasó a denominarse Oficina de Administración a partir del 1ro. de septiembre de 2023.

3. Tabla resumen del Informe de Resultados 2023

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| OFICINA DEL SECRETARIO AUXILIAR | | | | | | | |
| Meta 1. Visitar las facilidades del Departamento de Salud durante el año para hacer inspección ocular y de esta manera lograr identificar reparaciones y mantenimientos. | Cancelada*: Conforme a la OA 569, la Oficina de Facilidades pasó a ser parte de Oficina de Gestión de Proyectos (PMO). | Objetivo 1.1 Lograr que la Secretaría Auxiliar de Administración sea proactiva para que las dependencias y facilidades del Departamento de Salud estén en óptimas condiciones. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569, la Oficina de Facilidades pasó a ser parte de PMO. |
| Meta 2. Identificar las facilidades que necesitan algún tipo de mantenimiento, por orden de prioridad y | Cancelada*: Conforme a la OA 569, la Oficina de Facilidades pasó a ser parte de PMO. | Objetivo 2.1 Proveer servicios de mantenimiento a las plantas de emergencias y reabastecimiento de diesel a los Centros de | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569, la Oficina de Facilidades pasó a ser parte de PMO. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| reprogramar las actividades de trabajo, para atender las necesidades más urgentes, que afectan los servicios, la salud y seguridad del personal y la clientela. | | Diagnóstico y Tratamiento y otras facilidades de salud. | | | | | |
| Meta 3. Llevar a cabo un plan de desarrollo de mejoras permanentes para mantener en óptimas condiciones la planta física de las facilidades y equipos mecánicos y eléctricos de todas las facilidades del Departamento de Salud, tales como: aires acondicionados, combustible, generadores. | Cancelada*: Conforme a la OA 569, la Oficina de Facilidades pasó a ser parte de PMO. | Objetivo 3.1 Mantener las facilidades en las mejores condiciones físicas. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569, la Oficina de Facilidades pasó a ser parte de PMO. |
| Meta 4. Realizar decomiso de papel, metales y equipo. | Completada: La sección de propiedad realizó varios decomisos de equipo y propiedad | Objetivo 4.1 Limpiar el Archivo Inactivo. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por | 100 | 100 | 100.0% | Completado: |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | excedente. De igual forma, el Programa de Administración de Documentos Públicos realizó la disposición de documentos, luego de contar con la autorización del ICP. | | unidad / programa. | | | | Se entregó la facilidad del Antiguo CDT de Cataño a DTOP ¹ , el cual era utilizado como Archivo Inactivo. Se realizó la disposición de documentos públicos con el aval del ICP. De igual forma, se realizó el decomiso de equipo y propiedad excedente. |
| | | Objetivo 4.2 Cumplir con los requisitos del Instituto de Cultura de Puerto Rico (ICP). | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se logró disponer de los documentos que cumplieron con el periodo de retención, luego de contar con la autorización del ICP ² . Los documentos que aun debían conservarse fueron trasladados a un almacén con una compañía. Se realizaron listas de disposición, las cuales fueron enviadas al ICP ² para su autorización. |
| | | Objetivo 4.3 Crear inventario para poder decomisar. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se decomisó todo el equipo que había en el Archivo Inactivo de Cataño. |

¹ Departamento de Transportación y Obras Públicas

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | unidad / programa. | | | | Se realizó un decomiso por lista y un inspector de la ASG ² . |
| DIVISIÓN DE COMPRAS Y SUBASTAS | | | | | | | |
| Meta 5. Dar seguimiento y servir de enlace con la Administración de Servicios Generales para que las requisiciones, órdenes de compra, compras excepcionales y entidades exentas se trabajen. | Completada: Se impartió adiestramiento a las oficinas que requisan para que llenen de manera correcta de forma que se pueda someter de manera rápida la solicitud de orden de compra. | Objetivo 5.1 Lograr que las órdenes de compra se hagan con tiempo. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se logró que las órdenes de compra fueran sometidas a tiempo a la ASG ³ . Se impartió adiestramiento a los requisantes del DSPR con el fin de orientarlos sobre los documentos e información que deben contener las requisiciones para que las órdenes de compra salgan a tiempo. |
| Meta 6. Actualización de archivos de subastas (boletines de precio). | En proceso: Se digitalizó los documentos y se creó un <i>SharePoint</i> . | Objetivo 6.1 Organizar todos los expedientes. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | 100 | 100 | 100.0% | En proceso: Se está digitalizando los documentos para tenerlos de manera digital. de igual forma, la información se está añadiendo al <i>SharePoint</i> . Se contrató a personal para que ayudaran en la organización y digitalización del <i>SharePoint</i> . |
| Meta 7. | Completada: | Objetivo 7.1 | Cantidad de proyectos de | 100 | 100 | 100.0% | Completado: |

² Administración de Servicios Generales

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Creación de base de datos del archivo de la Oficina de Compras y Subastas. | Se creó <i>SharePoint</i> donde todos los empleados de la División de Compras tienen acceso. | Poder identificar rápidamente información solicitada. | mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | | | | Se creó un <i>SharePoint</i> para acceder a los documentos de manera rápida. Se le solicitó a OIAT la creación del <i>SharePoint</i> . |
| Meta 8. Agilizar el procedimiento de subastas, cumplir con el Reglamento Uniforme de Compras y Subastas de Bienes. Obras y Servicios No Profesionales para las Entidades Exentas del Departamento de Salud y llevar a competencia los proyectos. | Completada: Se cumplió con la meta de tiempo en las subastas y se logró culminar el proceso en un promedio de 30 días. | Objetivo 8.1 Enviar las cartas de adjudicación para que los contratos comiencen a tiempo. | Cantidad de cartas enviadas. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se logró enviar las cartas de adjudicación a tiempo luego de que el Comité o la Junta adjudicaran el servicio o compra a un suplidor. Se estableció un calendario el cual establece lo máximo que se puede esperar para enviar las cartas de adjudicación. |
| | | Objetivo 8.2 Completar el proceso de subasta dentro de 30 días. | Cantidad de días en que se completó el proceso. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se logró empezar y culminar el proceso de subasta dentro de los 30 días. Se establecieron fechas en el pliego para lograr completar el proceso en 30 días. De igual manera, se le dio seguimiento. |
| | | Objetivo 8.3 Implementar procedimientos y guías para agilizar el progreso de cada subasta en términos de tiempo. Completar los expedientes | Cantidad de procedimientos implementados. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: se logró preparar los expedientes de subastas con los debidos documentos para estar en cumplimiento. Se formalizó contrato con un abogado experto en subastas para que orientara sobre cómo debe estar |
| | | | Cantidad de guías implementadas. | 100 | 100 | 100.0% | |
| Cantidad de expedientes | 100 | 100 | 100.0% | | | | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | conforme con las leyes federales y estatales. | completados conforme con las leyes federales y estatales. | | | | compuesto los expedientes de subasta para estar en cumplimiento con el ordenamiento jurídico. |
| | | Objetivo 8.4 Examinar los pliegos de cada subasta que los mismos estén en cumplimiento con los requerimientos y necesidades de cada entidad. | Cantidad de pliegos examinados. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se evaluaron todos los pliegos antes de ser publicados para evitar cancelaciones de subastas y de esta manera agilizar el proceso. Se les solicitó a los programas que enviaran cierta información para poder tener los pliegos lo más completos posibles. |
| | | | Cantidad de pliegos en cumplimiento. | 100 | 100 | 100.0% | |
| Meta 9. En cumplimiento los estatutos federales y directrices emitidas, se establece el Comité de Evaluación de Necesidades, Solicitud y Selección de Propuestas (Comité 464). | Completada: Se creó OA y conforme a esta se nombró a un personal para ser miembro del Comité de Evaluación y Recomendación. | Objetivo 9.1 Contratar servicios profesionales o consultivos en el Departamento de Salud por la suma de \$150,000.00 o más durante un año fiscal. | Cantidad de contrataciones por servicios profesionales y consultivos. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Conforme OA la oficina de subastas realizó el proceso de subastas para todos aquellos servicios profesionales de \$150,000 o más. Se nombró un comité evaluador para evaluar todas las subastas. |
| | | Objetivo 9.2 Establecer el procedimiento de solicitud, evaluación y selección de propuestas para la contratación de servicios | Cantidad de procedimiento de solicitud. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se creó la OA 581 para establecer el proceso a seguir en la contratación de servicios profesionales sufragada con fondos estatales y federales. Se logró tal y como se había propuesto. |
| | | | Cantidad de evaluaciones. | 100 | 100 | 100.0% | |
| Cantidad de seleccionados. | 100 | 100 | 100.0% | | | | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--------------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | profesionales en proyectos realizados con los fondos federales para recuperación de desastres (<i>Disaster Recovery Federal Funds</i>) en el Departamento de Salud en cumplimiento al 2 § 200 " <i>Uniform Administrative Requirement, Cost Principles, and Audit Requirements for Federal Awards</i> "; en virtud de la autoridad que le confiere al Secretario de Salud la Ley número 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada. | | | | | |
| | | Objetivo 9.3 Completar los expedientes conforme con las leyes federales y estatales. | Cantidad de expedientes completados. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Los expedientes de las subastas que se llevaron a cabo están completos con la información necesaria para estar en cumplimiento. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | Se contrató a un abogado experto en subastas para que orientara sobre cómo debía estar compuesto un expediente. |
| OFICINA DE FACILIDADES DE SALUD | | | | | | | |
| Meta 10. Asegurar la disponibilidad y garantizar el funcionamiento eficiente de los recursos físicos para la producción o el servicio, para obtener así el rendimiento máximo posible de la inversión económica en los recursos para la atención en salud y contribuir a la reducción de los costos de operación de la Institución. | Completada: Se contrato una compañía de seguros y riesgos para atender estos asuntos la cual dio adiestramientos a los programas. | Objetivo 10.1 Rendimiento máximo posible de la inversión económica en los recursos para la atención en salud. Contribución a la reducción de los costos de operación. | Porcentaje (%) de procesos implementados dirigidos a la sustentabilidad. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se contrató una compañía de seguros y riesgos para atender estos asuntos la cual dio adiestramientos a los programas. Se contrató una compañía de seguros y riesgos para atender estos asuntos. |
| Meta 11. Asegurar la asignación, dentro de los recursos destinados por la institución, de los | Completada: Conforme a la OA 569 la Oficina de Facilidades pasó a ser parte de PMO. | Objetivo 11.1 Labores de evaluación, atención, mantenimiento y mejoras, conforme a las necesidades | Porcentaje (%) de implementación en el desarrollo del plan de acción para atender las | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se contrató una compañía de seguros y riesgos para atender estos asuntos y crearon informes de áreas a ser aseguradas luego de hacer inspección ocular. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| montos necesarios para el desarrollo de las labores de evaluación, atención, mantenimiento y mejoras, conforme a las necesidades previstas y manifiestas. Distribuir los recursos humanos, físicos y económicos con el fin de cubrir las tareas de evaluación, atención, mantenimiento y mejoras. | | previstas y manifiestas. | necesidades de la población. | | | | Se contrató una compañía de seguros y riesgos para atender estos asuntos. |
| Meta 12. Suministrar cronograma de evaluación, atención, mantenimiento y mejoras para que estas actúen coordinadamente en la prestación del servicio, de igual manera proporcionar medios para el control y evaluación de la gestión de | Completada: Conforme a la OA 569 la Oficina de Facilidades pasó a ser parte de PMO. | Objetivo 12.1 Reporte rápido y efectivo de los problemas presentados: incidente, accidentes, peligros potenciales y problemas de riesgos relativos a infraestructura. | Porcentaje (%) de implementación en el desarrollo del plan de acción para atender las necesidades de la población. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se contrató una compañía de seguros y riesgos para atender estos asuntos. La compañía visitó las facilidades de Salud para identificar riesgos. Se contrató una compañía de seguros y riesgos para atender estos asuntos. . |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| evaluación, atención, mantenimiento y mejoras. Reporte rápido y efectivo de los problemas presentados: incidente, accidentes, peligros potenciales y problemas de riesgos relativos a infraestructura. | | | | | | | |
| Meta 13. Implementar procesos que garanticen la minimización de riesgos asociados a daños infraestructurales. Proporcionar un entorno seguro y funcional, mediante evaluación, atención, mantenimiento y mejoras adecuado de infraestructura. | Cancelada*: Conforme a la OA 569 la Oficina de Facilidades pasó a ser parte de PMO. | Objetivo 13.1: Procesos que garanticen la minimización de riesgos asociados a daños infraestructurales. | Porcentaje (%) de implementación en el desarrollo del plan de acción para atender las necesidades de la población. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569 la Oficina de Facilidades pasó a ser parte de PMO. |
| DIVISIÓN DE SERVICIOS GENERALES | | | | | | | |
| Meta 14. Organizar el proceso de renovación de | Cancelada*: Conforme a la OA 569 la Oficina de | Objetivo 14.1 Identificar personal dentro o fuera del | Cantidad de proyectos piloto implementados | --- | --- | --- | Cancelado*: |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| contratos de los servicios ofrecidos a las distintas dependencias de la Agencia. | Contratos pasó a ser parte de Asesoramiento Legal. . | sistema de gobierno para llevar a cabo el proceso de renovación de contratos. | por tipo de unidad (programático y administrativo). | | | | Conforme a la OA 569 la Oficina de Contratos pasó a ser parte de la Oficina de Asesoramiento Legal. |
| | | Objetivo 14.2 Levantar base de datos con las fechas de los periodos de los contratos de servicios ofrecidos. | Cantidad de proyectos piloto implementados por tipo de unidad (programático y administrativo). | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569 la Oficina de Contratos pasó a ser parte de la Oficina de Asesoramiento Legal. |
| Meta 15. Decomiso de Propiedad Excedente | En proceso: Se realizó el decomiso de propiedad excedente en la mayoría de los sitios, no bastante no se puedo realizar en todos los sitios que estaban en plan. | Objetivo 15.1 Realizar el decomiso de toda la propiedad excedente acumulada de la Agencia a nivel isla. | Cantidad de proyectos piloto implementados por tipo de unidad (programático y administrativo). | 100 | 100 | 100.0% | En proceso: Se logró realizar decomiso de propiedad excedente en casi todas las facilidades que se había propuesto. La sección de Propiedad trabajo el decomiso en conjunto con la ASG ³ . |
| | | Objetivo 15.2 Establecer un plan de trabajo Anual para el descarte de la propiedad excedente. | Cantidad de proyectos piloto implementados por tipo de unidad | 100 | 100 | 100.0% | Completado: La directora de Propiedad hizo un plan de las facilidades en donde se debían realizar decomiso de propiedad excedente. |

³ Administración de Servicios Generales

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|--|--|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | (programático y administrativo). | | | | Visitar las facilidades para determinar en cuál debía realizarse decomiso. Recibir solicitudes de los programas para realizar decomiso. |
| | | Objetivo 15.3 Decomiso de papel en el Archivo Inactivo. | Cantidad de proyectos piloto implementados por tipo de unidad (programático y administrativo). | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se logró disponer de los documentos que ya habían cumplido con su vida útil y los que aun debían ser conservados fueron llevados a un almacén. Se crearon listas de disposición de documentos y fueron enviadas al ICP para su aval. Luego de recibirlo una compañía dispuso de los documentos. Se realizó contrato con una compañía dedica a conservación de disposición, almacenaje para que guardara los documentos con vida útil. |
| Meta 16. Implementar un Programa Efectivo de Conservación. | En proceso: El programa necesita todavía. | Objetivo 16.1 Fortalecer la división de conservación para disminuir la dependencia de suplidores externos. | Impacto económico positivo. | 100 | 30 | 30.0% | En demora: Debido a la falta de personal interesado en trabajar en áreas de conservación se tuvo que recurrir a órdenes de compra con un suplidor externo para que trabajen parte de los trabajos de conservación. Se recurrió a la contratación de empleados temporeros y transitorios. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Objetivo 16.2 Fortalecer la división de electricidad y plomería para disminuir la dependencia de suplidores externos. | Impacto económico positivo. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se adquirió un personal electricista. Se asignó a Servicios Generales tres (3) electricistas y un (1) plomero. |
| | | Objetivo 16.3 Fortalecer la división de ornato (áreas verdes) para disminuir la dependencia de suplidores externos. | Impacto económico positivo. | 100 | 30 | 30.0% | En demora: Debido a la falta de personal interesado en trabajar en áreas verdes se tuvo que recurrir a órdenes de compra con un suplidor externo para que realizara las áreas verdes. Se recurrió a órdenes de compra para poder cumplir con mantener las áreas verdes. |
| Meta 17. Mantenimiento de áreas verdes en las regiones y handyman. | Completada: Se asignaron tres (3) handyman para las regiones. | Objetivo 17.1 Lograr que las áreas verdes de las regiones estén presentables. | Cantidad de áreas verdes presentables. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se adquirió un personal electricista. Se asignó a Servicios Generales tres (3) electricistas y un (1) plomero. |
| | | Objetivo 17.2 Poner handyman en las regiones. | Cantidad de handyman contratados por regiones. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se adquirió un personal electricista. Se asignó a Servicios Generales tres (3) electricistas y un (1) plomero. |
| OFICINA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | | | | | | |
| Meta 18. Promover el cumplimiento con las normas de seguridad y salud ocupacionales | Cancelada*: Conforme a la OA 569 OSHA pasó a ser parte de Recursos Humanos. | Objetivo 18.1 Fomentar que todo el personal que participa en la toma de decisiones | Porcentaje (%) de consultas a <i>stakeholders</i> . | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569 esta oficina pasó a ser parte de Recursos Humanos. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| promulgadas bajo la ley y con las reglas, reglamentos y órdenes emitidas. | | comprenda la importancia que tiene la seguridad y la salud ocupacional de sus empleados y cumpla con la Ley de PROSHA. | | | | | |
| Meta 19. Educar al personal de todos los niveles de la Agencia, para que entienda con amplitud la importancia de la seguridad y la salud ocupacional de sus empleados. | Cancelada*: Conforme a la OA 569 OSHA pasó a ser parte de Recursos Humanos. | Objetivo 19.1 Estimular a supervisores y empleados en los esfuerzos para reducir el número de riesgos ocupacionales de seguridad y salud en su lugar de empleos. | Porcentaje (%) de consultas a <i>stakeholders</i> . | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569 esta oficina pasó a ser parte de Recursos Humanos. |
| Meta 20. Recomendar acciones para reducir riesgos ocupacionales de seguridad y salud en el lugar de empleo y asegurar condiciones de trabajo seguras y saludables. | Cancelada*: Conforme a la OA 569 OSHA pasó a ser parte de Recursos Humanos. | Objetivo 20.1 Alentar a supervisores y empleados a establecer programas nuevos y mejorar los existentes para proveer condiciones de trabajo seguras y saludables. | Porcentaje (%) de consultas a <i>stakeholders</i> . | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569 esta oficina pasó a ser parte de Recursos Humanos. |
| | | Objetivo 20.2 Promover y recomendar el uso de aparatos de | Porcentaje (%) de consultas a <i>stakeholders</i> . | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569 esta oficina pasó a ser parte de Recursos Humanos. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | seguridad, salvaguardias y el equipo de protección personal, según sea prescrito requerido por la función a ejercer o que sea razonablemente necesario conforme a los requisitos de OSHA. | | | | | |
| OFICINA DE MANEJO RECLAMACIONES POR DESASTRES | | | | | | | |
| Meta 21. Someter los pliegos de subasta ante ASG y/o Comité evaluador del Departamento de Salud de los proyectos aprobados que no incluyan plan mejorado o plan alternativo. | Cancelada*: Conforme a la OA 569, la oficina pasó a ser parte de PMO. | Objetivo 21.1 Redactar Pliegos de Subasta y revisarlo con equipo OMRD y Administración. | Cantidad de pliegos redactados. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569, esta oficina pasó a ser parte de PMO. |
| | | | Cantidad de revisiones realizadas. | --- | --- | --- | |
| | | Objetivo 21.2 Entrada de Pliegos en plataforma JEDI de ASG y/o Junta de Subasta del Departamento de Salud cuando son Servicios Profesionales, ASG y/o la Junta de Subasta lo evalúa, hace sus sugerencias y | Cantidad de pliego entrados en la plataforma JEDI. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569 esta oficina pasó a ser parte de PMO. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|--|-----------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | devuelve si es necesario. | | | | | |
| | | Objetivo 21.3 Reunión Pre-Subasta y visita ocular. Periodo para hacer y contestar preguntas y posteriormente a la adjudicación de la subasta. En el caso de las subastas de Servicios Profesionales se crea un comité evaluador y un comité técnico especializado para el proceso de adjudicación de la subasta. | Cantidad de reuniones realizadas. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569, esta oficina pasó a ser parte de PMO. |
| | | Tiempo de adjudicación de subasta. | --- | --- | --- | | |
| | | Cantidad de evaluaciones por comité evaluador. | --- | --- | --- | | |
| | | Cantidad de evaluaciones por comité técnico. | --- | --- | --- | | |
| Meta 22. Presentar a COR3 los planes mejorados y las solicitudes en los cambios de los alcances de trabajo, según aprobados por el Departamento. | Cancelada*: Conforme a la OA 569, la oficina pasó a ser parte de PMO. | Objetivo 22.1 Reuniones con equipo de administración y personal de la facilidad donde se llevará a cabo el proyecto para la determinación del plan mejorado o | Cantidad de reuniones. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569, esta oficina pasó a ser parte de PMO. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | cambio en el "Scope of Work". | | | | | |
| | | Objetivo 22.2 COR3 da visto bueno para plan mejorado o cambio en alcance de trabajo y posteriormente se le somete a FEMA la solicitud de cambio de "scope of work", proyecto mejorado y/o alterno. | Porcentaje (%) de completado del desarrollo de plan. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569, esta oficina pasó a ser parte de PMO. |
| Meta 23. Realizar visitas de inspección junto a COR3 y FEMA para confirmar daños reportados ante FIONA y crear proyecto (PW) ante FEMA para someter la categoría E para obligación. | Cancelada*: Conforme a la OA 569, la oficina pasó a ser parte de PMO. | Objetivo 23.1 Visitas de Inspección a las facilidades para seguimiento de la ejecución de los proyectos. Reuniones con la firma de inspección si corresponde. | Cantidad de visitas. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569, esta oficina pasó a ser parte de PMO. |
| | | | Cantidad de reuniones con la firma de inspección. | --- | --- | --- | |
| | | Objetivo 23.2 Identificar daños únicos y evitar duplicidad de reclamaciones entre DR4339 y DR 4671 mediante visitas de inspección de daños. | Cantidad de daños identificados. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569, esta oficina pasó a ser parte de PMO. |
| | | | Cantidad de reclamaciones. | --- | --- | --- | |
| | | | Cantidad de visitas de inspección. | --- | --- | --- | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Objetivo 23.3 Tener los números de los proyectos de DR4671 (FIONA) en su respectivo PW. | Cantidad de proyectos de DR4671. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569 esta oficina pasó a ser parte de PMO. |
| Meta 24. Cumplir con la presentación de todos los informes solicitados por COR3, CDBG-DR/MIT cada tres (3) meses. Creación de estructura requerida por CDBG-DR/MIT para mantenernos en cumplimiento y proceder al reembolso del pareo y realización de proyecto MIT. | Cancelada*: Conforme a la OA 569, la oficina pasó a ser parte de PMO. | Objetivo 24.1 Manual de estructura para CDBG/DR/MIT para la OMRD. | Porcentaje (%) de completado del manual de estructura para CDBG / DR / MIT para la OMRD. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569, esta oficina pasó a ser parte de PMO. |
| | | Objetivo 24.2 Mantener el cumplimiento y lograr el 100% de los adiestramientos. | Porcentaje (%) de cumplimiento de los adiestramientos. | --- | --- | --- | Cancelado*: Conforme a la OA 569, esta oficina pasó a ser parte de PMO. |
| | | | Porcentaje (%) de logro de los adiestramientos. | --- | --- | --- | |

Para el año 2023, la Oficina de Administración tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (24): 9 **completada** (37.5%), 3 **en proceso** (12.5%), y 12 **canceladas*** (50.0%).
- Objetivos (44): 20 **completados** (45.5%), 2 **en proceso** (4.5%), 2 **en demora** (4.5%), y 20 **cancelados*** (45.5%).

B. Oficina de Asesoramiento Legal

1. Descripción: La Oficina de Asesoramiento Legal (OAL) brinda asesoramiento legal al Secretario, Subsecretario y a todas las unidades del DSPR con relación a las leyes, normas, reglas y reglamentos que administra el DSPR. Todos los abogados del DSPR que ejerzan funciones como tal responden a esta Oficina. La OAL se compone de la División de Asesoría y Representación Legal, División de Contratos, División de Vistas Administrativas y la División de Ley HIPAA.

2. Persona Contacto: Lcdo. Miguel A. Verdiales Morales, Director/Principal Asesor Legal; miguel.verdiales@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 3478, 3512

Nota: A tenor con la OA 2023-578, la Oficina de Asesores Legales pasó a denominarse Oficina de Asesoramiento Legal a partir del 1ro. de septiembre de 2023.

3. Tabla resumen del Informe de Resultados 2023

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Revisión de los procesos para desarrollar un sistema de recibo, registro y manejo de consultas de las Secretarías, Oficinas y Dependencias. | En proceso: Se identificó la necesidad de desarrollar un procedimiento o sistema de recibo, registro y manejo de consultas de las Secretarías, Oficinas y Dependencias del Departamento de Salud que maximizará la eficiencia y conservación de los servicios provistos por la Oficina de Asesoramiento Legal. | Objetivo 1.1 Evaluación de Necesidad. | Cantidad de evaluaciones realizadas. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Metodología y guía para el recibo, archivo y administración de consultas y correspondencia. Se desarrollo un plan de trabajo para el manejo de recibo, archivo y administración de consultas y correspondencia. |
| | | Objetivo 1.2 Desarrollo de Estructura Tecnológica. | Porcentaje (%) de desarrollo de estructura tecnológica. | 100 | 50 | 50.0% | En proceso: Se trabajó la disponibilidad de un repositorio de información mediante la utilización de un servicio de información en la nube, mientras se evalúa la posibilidad y utilidad de un aplicativo. Se desarrolló mediante la utilización del servicio de almacenamiento electrónico en la nube (<i>Microsoft</i> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | SharePoint) una base de datos para la conservación y registro de consultas, mientras se evalúa la posibilidad y utilidad de un aplicativo. |
| | Al realizar la evaluación se identificó un alto volumen de correspondencia y consultas, una gran cantidad de documentación que se conserva en papel, por lo que se determinó la necesidad de un aplicativo para modernizar el sistema de recibo y registro y manejo de correspondencia. Se trabajó la disponibilidad de un repositorio de información mediante la utilización de un servicio de información en la nube, mientras se evalúa la posibilidad y utilidad de un aplicativo. | Objetivo 1.3 Desarrollo de Procedimiento. Expedito de Consultas para la División de Contratos. | Porcentaje (%) de desarrollo de procedimiento. | 100 | 100 | 100.0% | En demora: Se logró el manejo expedito de consultas informales. Se espera poder desarrollar una interfase con el aplicativo que se evalúa en el objetivo 1.2. Actualmente se reciben y tramitan las consultas internas con la División de Contratos de forma personalizada, mediante la atención inmediata mediante consulta informales vía telefónica a través la coordinación uno de los recursos de la División de Asesoría y Representación. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 2. Comité de Arbitraje entre el DS y ASSMCA (DSPDI)- 2023-2025. | Cancelada: Se llevaron a cabo reuniones con ASSMCA ⁴ para la esquematización del Comité, que no pudieron concretarse quedando al pendiente la identificación de un perito médico calificado. | Objetivo 2.1 Continuación del Comité de Arbitraje entre agencias para evaluación de pacientes. | Cantidad de reuniones. | 100 | 0 | 0.0% | Cancelado: Se llevaron a cabo reuniones con ASSMCA ⁴ para la esquematización del Comité, que no pudieron concretarse quedando al pendiente la identificación de un perito médico calificado. |
| | | | Cantidad de evaluaciones realizadas. | 100 | 0 | 0.0% | |
| Meta 3. Revisión de los procesos para desarrollar un sistema de recibo, registro y manejo de casos administrativos y judiciales. | En proceso: Se identificó la necesidad de desarrollar un procedimiento o sistema de recibo, registro y manejo de consultas de las Secretarías, Oficinas y Dependencias del Departamento de Salud que maximizará la | Objetivo 3.1 Evaluación de Necesidad. | Porcentaje (%) de desarrollo de procedimiento. | 100 | 50 | 50.0% | Completado: Metodología y guía para el recibo, archivo y administración de recibo, registro y manejo de casos administrativos y judiciales a través de las correspondientes divisiones. Se desarrolló un plan de trabajo para el manejo de recibo, archivo y administración de consultas y correspondencia. |
| | | Objetivo 3.2 | Porcentaje (%) de desarrollo de procedimiento. | 100 | 50 | 50.0% | En proceso: Se trabajó la disponibilidad de un repositorio de información mediante |

⁴ Administración de Servicios de Salud y Contra la Adicción

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|--|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | <p>eficiencia y conservación de los servicios provistos por la Oficina de Asesoramiento Legal. Al realizar la evaluación se identificó un alto volumen de correspondencia y consultas, una gran cantidad de documentación que se conserva en papel, por lo que se determinó la necesidad de un aplicativo para modernizar el sistema de recibo y registro y manejo de casos administrativos y judiciales. Se trabajó la disponibilidad de un repositorio de información mediante la utilización de un servicio de información en la</p> | <p>Desarrollo de Estructura Tecnológica.</p> | | | | | <p>la utilización de un servicio de información en la nube, mientras se evalúa la posibilidad y utilidad de un aplicativo. Se desarrolló mediante la utilización del servicio de almacenamiento electrónico en la nube (<i>Microsoft SharePoint</i>) una base de datos para la conservación y registro de consultas, mientras se evalúa la posibilidad y utilidad de un aplicativo.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | nube, mientras se evalúa la posibilidad y utilidad de un aplicativo. | | | | | | |
| Meta 4. Digitalización de expedientes, de la Oficina de Asesores Legales y División de Contratos. | En proceso: Como parte de la evaluación de los procesos para desarrollar un sistema de recibo, registro y manejo de consultas y manejo de casos administrativos y judiciales se identificó la necesidad de custodia y conservación de expedientes debido a la gran cantidad de documentación en papel que se conservan en la oficina. Para ello se contempló e implantó un procedimiento para la inactivación y digitalización de expedientes antiguos y la conservación | Objetivo 4.1 Evaluación de Necesidad. | Cantidad de evaluaciones realizadas. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se evaluó y determinó la necesidad de mantener un repositorio de información para el manejo, conservación y custodia de expedientes y la disponibilidad de un registro. Se adquirió equipo de digitalización, se impartieron instrucciones y se atendió un repositorio de información a través de la aplicación <i>Microsoft SharePoint</i> . |
| | | Objetivo 4.2 Desarrollo de Estructura Tecnológica. | Porcentaje (%) de desarrollo de procedimiento. | 100 | 50 | 50.0% | En proceso: Se mantiene en proceso y progreso constante el manejo de la digitación y su disponibilidad de un repositorio de información mediante la utilización de un servicio de información en la nube, mientras se evalúa la posibilidad y utilidad de un aplicativo. Se desarrolló mediante la utilización del servicio de almacenamiento electrónico en la nube (<i>Microsoft SharePoint</i>) una base de datos para |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-----------------------------|--|--|---|------------------|-------------------|--|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | prospectiva de expedientes en formato digital, que se encuentra en progreso. | | | | | | la conservación, mientras se evalúa la posibilidad y utilidad de un aplicativo. |
| Meta 5: Adiestramientos. | Completada: Como parte de las tareas delegadas a la Oficina de Asesoramiento legal se identificó la necesidad de dar continuidad a los adiestramientos a todo el personal que labora en el DS sobre asuntos legales, particularmente sobre, medidas disciplinarias, hostigamiento sexual, acoso laboral, código de vestimenta. Para ello se diseñó en comunicación con la Oficina de Recursos Humanos y de mediante disponibilidad remota de adiestramientos y | Objetivo 5.1: Proveer los adiestramientos a todo el personal que labora en el DS sobre, medidas disciplinarias, hostigamiento sexual, acoso laboral, código de vestimenta. | Cantidad de adiestramientos brindados por personal que labora en el DS. | 25 | 13 | 52.0% | Completado: Se ofrecieron adiestramientos al personal sobre medidas disciplinarias, hostigamiento sexual, acoso laboral, código de vestimenta. Estos adiestramientos se coordinan con la Oficina de Recursos Humanos y Relaciones Laborales, se brindan de forma presencial y remota. |
| | | Objetivo 5.2: Desarrollar y proveer adiestramientos a los programas y unidades solicitantes sobre los requisitos legales para la formalización de un contrato y requerimientos a contratistas. | Cantidad de adiestramientos desarrollados. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se brindó adiestramiento sobre procedimientos de contratación gubernamental. |
| | | Cantidad de adiestramiento brindados. | 1 | 1 | 100.0% | Se adiestró en procedimientos y requisitos para el otorgamiento de contratos. Se logró la acreditación por Ética Gubernamental (7cr) para los empleados. | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | consultas sobre medidas disciplinarias, hostigamiento sexual, acoso laboral, código de vestimenta para supervisores. La meta se encuentra en progreso y es de cumplimiento continuo para el próximo año. | | | | | | |
| Meta 6: Revisión de los procesos para fortalecimiento y sustentabilidad organizacional de la División de Contratos. | En proceso: Se identificó la necesidad de confeccionar un documento guía sobre los procedimientos de contratación para la orientación de los empleados y funcionarios del Departamento de Salud, así como la necesidad de proveer adiestramientos sobre procedimiento y cumplimiento con | Objetivo 6.1: Manual de Procedimientos para formalización de contratos. | Porcentaje (%) del desarrollo del manual. | 100 | 75 | 75.0% | En proceso: Se preparó borrador de Manual de Procedimientos para la formalización de contratos El manual se encuentra en proceso de actualización para la evaluación de la División de Asesoría y Representación Legal de la Oficina y su posterior publicación como documento guía. |
| | | Objetivo 6.2: Integrar y estandarizar los procesos del Registro y Archivo de Expedientes. | Cantidad de registros integrados. | --- | --- | --- | En proceso: El procedimiento se incorporó en el Manual de Procedimientos para la formalización de contratos. El manual se encuentra en proceso de actualización para la evaluación de la División de Asesoría y |
| | | | Cantidad de registros estandarizados. | --- | --- | --- | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|----------|---|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | las disposiciones legales y reglamentarias sobre contratación gubernamental. Siendo así se desarrolló y proveyó un adiestramiento que fue acreditado por la Oficina de Ética Gubernamental y se encuentra en proceso el desarrollo de un manual de procedimientos. | | Cantidad de archivo de expedientes integrados. | --- | --- | --- | Representación Legal de la Oficina y su posterior publicación como documento guía. |
| | | | Cantidad de archivos de expedientes integrados. | --- | --- | --- | |

Para el año 2023, la Oficina de Asesoramiento Legal tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (6): 1 **completada** (16.7%), 4 **en proceso** (66.6%), y 1 **cancelada** (16.7%).
- Objetivos (12): 5 **completados** (41.7%), 5 **en proceso** (41.7%), 1 **en demora** (8.3%), y 1 **cancelado** (8.3%).

C. Oficina de Gestión de Proyectos

1. **Descripción:** La Oficina de Gestión de Proyectos (PMO), por sus siglas en inglés) busca estandarizar y optimizar procesos en la ejecución de los proyectos que tiene a su haber el DSPR, tanto aquellos financiados por subvenciones de diversa índole, así como los proyectos especiales de infraestructura de la Agencia. A tales fines, esta oficina apoya a las unidades del DSPR tanto en la preparación de propuestas, así como en la gestión y evaluación de proyectos de salud pública financiados por subvenciones. De esta manera, se procura una eficiente utilización de los recursos disponibles mediante la promoción de mejores prácticas, además del cumplimiento de los requerimientos y disposiciones aplicables durante la ejecución de los proyectos. La PMO está compuesta por las siguientes: División de Gestión de Proyectos de Salud Pública y la División de Gestión de Proyectos de Infraestructura.
2. **Persona Contacto:** Sra. Lourdes Romero Reyes, Directora/Principal Oficial de Gerencia de Proyectos de Infraestructura; lourdes.romero@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 3702, 3701, 3150
3. **Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Expandir la preparación y respuesta a la pandemia de COVID-19 en las escuelas públicas de Puerto Rico (K-12). | Completada | Objetivo 1.1 Al 30 de junio de 2023, lograr reclutar y mantener al menos 56 enfermeros/as escolares para apoyar en las actividades de pruebas de COVID-19, medidas de prevención y educación, cernimiento a estudiantes y esfuerzos de vacunación en las escuelas, según sea necesario. | Número de enfermeros/as escolares contratados/as. | 56 | 55 | 98.2% | Completado: De 56 profesionales de enfermería que se esperaba reclutar en las escuelas públicas para apoyar la respuesta de COVID-19, se logró mantener 52 al 30 de junio de 2023 con un máximo de 55 en un momento dado durante el periodo. No se logró alcanzar los 56 esperados. La población beneficiada fue comunidad escolar (ej., estudiantes, maestros, directores y otros). |
| | | | Número de actividades de pruebas de COVID-19 que han apoyado. | 1,780 | 1,780 | 100.0% | |
| | | | Número de actividades vacunación contra COVID-19 que han apoyado. | 2,519 | 2,519 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO | |
|-------------------|----------------------|--|---|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | | |
| | | Objetivo 1.2 Reclutar un Coordinador de Equidad de Salud para mantener visibilidad de la población de estudiantes con necesidades especiales y mantener a este personal capacitado sobre la importancia de promover la equidad de salud en las escuelas. | Número de Coordinadores de Salud contratados. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se contrató al Sr. Carlos Cabrera como Coordinador de Equidad. La población beneficiada fue comunidad escolar (ej., estudiantes, maestros, directores y otros). | |
| | | | Número de escuelas con estudiantes con algún tipo o nivel de severidad de pérdida auditiva. | --- | --- | --- | | |
| | | | Número de estudiantes con algún tipo de pérdida auditiva. | 93 | 93 | 100.0% | | |
| | | Objetivo 1.3 Reclutar un Especialista en Salud para liderar la iniciativa del personal de enfermería escolar y coordinar todas las actividades de adiestramiento a este personal | Número de Especialistas de Salud contratados. | 1 | 1 | 100.0% | | Completado: Se contrató al Dr. Félix Román como Coordinador de Equidad. La población beneficiada fue comunidad escolar (ej., estudiantes, maestros, directores y otros). |
| | | | Número de actividades de adiestramiento coordinadas durante la vigencia del proyecto. | 27 | 27 | 100.0% | | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 2. Sostener la capacidad clínica del Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Vieques para ofrecer un cuidado de la salud que permita una respuesta efectiva a COVID-19 y brindar apoyo a la comunidad. | Completada | Objetivo 2.1 Retener 2 enfermeros/as en la sala de emergencias del CDT de Vieques para proveer apoyo clínico en la prevención y respuesta de COVID-19 en turnos rotativos de 12 horas hasta el 30 de junio de 2024. | Número de enfermeros/as que han sido retenidos para todos los turnos. | 2 | 2 | 100.0% | Completado: Se subvencionaron 2 enfermeros en la sala de emergencias del CDT de Vieques. La población beneficiada fue la población de la isla municipio de Vieques. |
| | | Objetivo 2.2 Retener 2 pediatras en la sala de emergencias del CDT de Vieques para proveer apoyo clínico en la prevención y respuesta de COVID-19 en turnos rotativos de 12 horas hasta el 30 de junio de 2024. | Número de pediatras que han sido retenidos para todos los turnos. | 2 | 2 | 100.0% | Completado: Se subvencionaron 2 pediatras en la sala de emergencias del CDT ⁵ de Vieques. La población beneficiada fue la población de la isla municipio de Vieques. |

⁵ Centros de Diagnóstico y Tratamientos

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 3. Adiestrar al personal de enfermería escolar y trabajadores de la salud en la respuesta y resiliencia a COVID-19. | Completada | Objetivo 3.1 Al 30 de junio de 2023, aumentar el nivel de conocimiento sobre la preparación, prevención y respuesta de COVID-19 y sobre la resiliencia en al menos 1,000 profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud (1,500). | Número de miembros del personal de enfermería escolar que participaron de la actividad educativa. | 1,000 | 681 | 68.1% | Cancelado: La recopilación de datos fue delegada a la compañía que coordinó el evento y no fueron aptos para analizar y examinar el aumento en conocimiento. |
| | | | Número de miembros del personal de enfermería destacados en otros escenarios clínicos o laborales) que participaron de la actividad educativa. | 195 | 195 | 100.0% | |
| | | Objetivo 3.2 Realizar una convención sobre COVID-19 dirigida 1,000 profesionales de salud pública abril de 2023. | Número de profesionales de la salud pública que participaron de la actividad educativa. | 1,500 | 715 | 47.7% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|----------------------|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 4. Establecer una Oficina de Manejo de Proyectos en el Departamento de Salud (DS) para promover la adopción de las mejores prácticas y estrategias de alta calidad en apoyo al buen uso y optimización de los fondos de COVID-19. | Completada | Objetivo 4.1 Contratar 24 profesionales para apoyo administrativo y programático para respaldar una implementación exitosa de los proyectos de COVID-19 y para la evaluación del desempeño de dichos proyectos hasta el 30 de junio de 2023. | Número de profesionales contratados para PMO. | 24 | 19 | 79.2% | Completado: Se reclutaron 19 profesionales de los 24 esperados. No se logró alcanzar los 24 esperados. |
| | | | Número de políticas desarrolladas. | 5 | 1 | 20.0% | |
| | | | Número de profesionales del DS que fueron capacitados. | 4,494 | 4,494 | 100.0% | |
| | | | Número de auditorías únicas que fueron apoyadas a través de PMO. | --- | --- | --- | |
| | | | Número de propuestas para solicitar fondos que fueron sometidas con el apoyo de PMO. | 9 | 9 | 100.0% | |
| Meta 5. Sostener la fuerza de trabajo de la Oficina de Salud Ambiental para continuar las | Completada | Objetivo 5.1 Retener 26 profesionales de la salud de la Oficina de Salud Ambiental para | Número de profesionales contratados para la Oficina de Salud Ambiental. | 26 | 21 | 80.8% | Completado: Se reclutaron 21 profesionales de los 26 esperados. No se logró alcanzar los 26 esperados. La población beneficiada fue la población general. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| inspecciones por COVID-19 en los lugares de alto riesgo, así como continuar los esfuerzos de alcance de infecciones arbovirales. | | continuar los esfuerzos de inspecciones por COVID-19 y otras infecciones arbovirales hasta el 30 de junio de 2023. | Número de inspecciones completadas en lugares con alto riesgo de propagación de COVID-19. | 9,191 | 9,191 | 100.0% | |
| Meta 6. Sostener la fuerza de trabajo que coordina los servicios de terapia de anticuerpos monoclonales (mAb) en los pacientes positivos a COVID-19. | Completada | Objetivo 6.1 Retener a 9 miembros del equipo de trabajo de coordinación de la respuesta clínica a COVID-19 para la identificación, referido a tratamiento y seguimiento de pacientes positivos a COVID-19 hasta el 30 de junio de 2023. | Número de profesionales contratados para continuar esfuerzos de coordinación de servicios de respuesta clínica a COVID-19. | 9 | 9 | 100.0% | Completado: Se reclutaron 9 profesionales de los 9 esperados. La población beneficiada fue la población general. |
| | | | Número de pacientes positivos a COVID-19 que reciben la terapia de anticuerpos monoclonales. | 2,190 | 2,190 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|----------------------|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 7. Sostener la capacidad del DS en el manejo y despliegue de recursos para la preparación y respuesta de COVID-19 entre las poblaciones vulnerables y comunidades desatendidas. | Completada | Objetivo 7.1 Retener 6 profesionales de salud pública para continuar los esfuerzos de preparación y respuesta a COVID-19 a través de los centros de rastreo de los municipios y llegando a comunidades con individuos vulnerables y desatendidos hasta el 30 de junio de 2023. | Número de profesionales contratados para continuar esfuerzos de respuesta a COVID-19 a través de las pruebas de cernimiento y diagnósticas en las comunidades. | 6 | 6 | 100.0% | Completado Resultados: se reclutaron 6 profesionales de los 6 esperados. No se logró: no aplica. Población beneficiada: población vulnerable y desatendida. |
| | | | Número de muestras para realizar pruebas de COVID-19 que fueron tomadas. | --- | --- | --- | |
| | | | Número de hogares que fueron visitados para atender a la población vulnerable y desatendida. | 1,647 | 1,647 | 100.0% | |
| Meta 8. Expandir la capacidad del DS para continuar los esfuerzos de vigilancia de COVID-19 y otras infecciones zoonóticas y de otras | Completada | Objetivo 8.1 Reclutar 25 profesionales de salud pública para continuar los esfuerzos de vigilancia a COVID-19 | Número de profesionales contratados para continuar esfuerzos de respuesta a COVID-19 a través | 25 | 25 | 100.0% | Completado Se reclutaron 25 profesionales de los 25 esperados. La población beneficiada fue la población general. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| enfermedades potencialmente emergentes y amenazas de salud pública | | y otras infecciones zoonóticas (ej., rabias y leptospirosis, así como otras enfermedades emergentes potenciales y amenazas de salud pública hasta el 30 de junio de 2023. | de la vigilancia de COVID-19 y otras condiciones zoonóticas. | | | | |
| | | | Número de profesionales que logran mantenerse capacitados sobre COVID-19 y otras infecciones zoonóticas. | --- | --- | --- | |
| | | | Número de informe de datos de COVID-19 y otras infecciones zoonóticas. | --- | --- | --- | |
| Meta 9. Expandir los esfuerzos de coordinación de servicios sociales y de salud para asegurar que los pacientes positivos a COVID-19 reciban los servicios de respuesta y de recuperación que necesitan. | Completada | Objetivo 9.1 Reclutar 5 Coordinadores de Equidad de Salud de la comunidad para estimar las necesidades de los pacientes, proveer educación sobre COVID-19 y enlazar los pacientes con los | Número de Coordinadores de Equidad de la Salud que se logran contratar. | 5 | 5 | 100.0% | Completado Se reclutaron 5 profesionales de los 5 esperados para trabajar con población vulnerable y desatendida. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | servicios disponibles en la comunidad hasta el 30 de junio de 2023. | | | | | |
| | | Objetivo 9.2 Respaldar en la coordinación de todas las actividades de pruebas de COVID-19 en apoyo al equipo de trabajo de los centros fijos de pruebas de COVID-19 hasta el 30 de junio de 2023. | Número de actividades de pruebas de COVID-19 que se logran coordinar. | 1,780 | 1,780 | 100.0% | Completado: 1,780 actividades coordinadas. La población beneficiada fue la población general. |
| Meta 10. Expandir la capacidad de respuesta a COVID-19 en las escuelas y en la comunidad a través de la vigilancia a COVID-19 con la identificación de casos confirmados, sospechosos y probables en ambos escenarios | Completada | Objetivo 10.1 Reclutar 26 Investigadores de Casos para las escuelas y comunidad para apoyar los esfuerzos de prevención y control de COVID-19, facilitar la realización de pruebas y para realizar referidos a evaluaciones medicas | Número de Investigadores de Casos para la comunidad que se logran contratar. | 13 | 10 | 76.9% | Completado Se reclutaron 21 profesionales de los 26 esperados para trabajar con la población de la comunidad escolar y población general. |
| | | | Número de Investigadores de Casos para las escuelas que se logran contratar. | 13 | 11 | 84.6% | |
| | | | Número de casos de la comunidad | --- | --- | --- | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|-------------------------------|---|-------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------------|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | hasta el 30 de junio de 2023. | investigados por los recursos pagados con estos fondos. | | | | |
| | | | Número de casos de las escuelas investigados por los recursos pagados con estos fondos. | --- | --- | --- | |

Para el año 2023, la Oficina de Gestión de Proyectos tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (10): 10 **completadas** (100.0%).
- Objetivos (15): 14 **completados** (93.3%), y 1 **cancelado** (6.7%).

D. Oficina de Planificación y Desarrollo

1. Descripción: La Oficina de Planificación y Desarrollo (OPD) es la unidad del DS con la encomienda estratégica de servir como ente asesor y coordinador en apoyo a la gestión, tanto del Secretario como de las diversas unidades del DSPR. Todo personal del DSPR que ejerza funciones como tales (incluyendo funciones de planificación estratégica, evaluación, equidad en salud, datos y análisis), coordina esfuerzos de forma constatable con la OPD. La OPD se compone de las siguientes: División de Análisis y Publicación Estadística, División de Planificación Estratégica, División de Evaluación y Mejora Continua de la Salud Pública, y la División de Iniciativas para la Innovación de la Salud Pública.

2. Persona Contacto: Lisa A. Soto Torres, Directora Interina; lisa.soto@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 3686

Nota: A tenor con la OA 2023-578, la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo pasó a denominarse Oficina de Planificación y Desarrollo a partir del 1ro. de septiembre de 2023.

3. Tabla resumen del Informe de Resultados 2023

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|--|------------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| <p>Meta 1. Propiciar la salud y el bienestar de la población como resultados de los esfuerzos del DSPR mediante la adopción y cumplimiento sostenible de mecanismos de planificación, desarrollo, evaluación y mejora continua esbozados en los estándares y medidas de la Public Health Accreditation Board (PHAB) para el logro</p> | <p>En proceso: Los resultados alcanzados han permitido avances sustanciales para propiciar la salud y bienestar de la población mediante la adopción de mecanismos de planificación. En ese sentido, el proceso para la obtención de la acreditación en salud pública se encuentra sumamente avanzado, y la</p> | <p>Objetivo 1.1 Para el 31 de marzo de 2023, el Equipo de Coordinación y el Comité Timón de Acreditación identificará y conformará 10 equipos de Dominio con estructuras y roles claramente definidos según la nueva versión para las nuevas Guías de Acreditación.</p> | Total de grupos conformados. | 10 | 10 | 100.0% | <p>Completado: En febrero 2023, la OPD completó los hitos propuestos respecto a la conformación de diez (10) equipos de dominios para trabajar lo concerniente a la recopilación de evidencias para la Acreditación del DSPR. Para ello, fue medular la coordinación con la Oficina del Secretario que permitió identificar al liderato de las unidades del DSPR que atienden o son relevantes a la temática de los diez (10) dominios establecidos por la <i>Public Health Accreditation Board</i> (PHAB). Ello permitió la conformación de un Comité Timón de 17 miembros, cuyo rol es supervisar el proceso de</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---------------------------------------|---|--|---|------------------|-------------------|--|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| de la Acreditación en salud pública.. | identificación de evidencias se encuentra en pleno apogeo. De igual manera, el desarrollo o revisión de los documentos medulares prerrequisito para la acreditación -tales como el SHA, WDP y el PMS-QI- se encuentran igualmente avanzados. Estos documentos serán de gran impacto para el DSPR, pues marcarán hitos en términos de la gestión interna del DSPR para que sea una óptima y adecuada con los estándares de calidad y desempeño | | | | | <p>solicitud de Acreditación, así como facilitar la identificación de la documentación requerida para demostrar cumplimiento con el manual de PHAB⁶ desde sus respectivas áreas de peritaje.</p> <p>En primera instancia, el equipo de Acreditación llevó a cabo una actividad de <i>kick-off</i> para presentar manual de estándares y medidas establecidos por la PHAB, así como discutir las expectativas de tiempo.</p> <p>De igual manera, posterior a la constitución del Comité Timón, sus miembros proveyeron apoyo para identificar el personal que conformaría los diez (10) dominios, incluyendo sus líderes y colíderes.</p> <p>Acto seguido, se realizó reunión inicial y orientaciones por equipos de dominio, de manera que pudiesen integrarse a las labores esperadas.</p> | |
| | | Objetivo 1.2 Para el 31 de mayo del 2023, el Equipo de | Cantidad de avalúos enviados a la PHAB. | 1 | 1 | 100.0% | <p>Completado: En 2023, la OPD completó y sometió para consideración de la PHAB un</p> |

⁶ Public Health Accreditation Board

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | esperados para agencias de salud pública. En el caso del SHA, impactará positivamente el ámbito externo, siendo un documento referente en el proceso decisional para todos los colaboradores del sistema de salud. | Coordinación de Acreditación someterá un (1) avalúo de preparación (<i>Readiness Assessment</i>) a la <i>Public Health Accreditation Board</i> (PHAB). | | | | | avalúo de preparación sobre el proceso de Acreditación en Salud Pública. Ello constituye requisito indispensable para el proceso de solicitud de Acreditación. Se compartió el formato solicitado entre los equipos de dominios para completarlo conforme a los temas trabajados por cada uno. Las respuestas de los dominios se consolidaron en un borrador global, el cual fue compartido con los diversos equipos de trabajo para revisión. De igual manera, se realizó una sesión de discusión para recopilar insumos adicionales e identificar áreas de mejoras. El borrador revisado se compartió con los miembros del Comité Timón a manera de recabar sus insumos. La revisión final fue realizada por el <i>Core Team</i> . |
| | | Objetivo 1.3 Para el 25 de noviembre de 2023, la Coordinadora de Acreditación someterá una (1) solicitud oficial para la Acreditación de Salud Pública del | Porcentaje (%) de finalización de solicitudes enviadas. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: La OPD completó sometió oficialmente su solicitud oficial para que el DSPR obtenga la acreditación en salud pública emitida por la PHAB. Ello marca el inicio formal de este importante proceso. El <i>Core Team</i> a cargo del proceso de Acreditación recopiló todos los |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Departamento de Salud de Puerto Rico. | | | | | prerrequisitos que la PHAB exige para completar este objetivo, los cuales incluyen la creación de una cuenta en la plataforma E-PHAB, completar el adiestramiento requerido y someter el avalúo de preparación. A partir de retroalimentación recibida por la PHAB sobre este último documento, se preparó el formulario de solicitud de la Acreditación. De igual manera, el <i>Core Team</i> trabajó en completar un avalúo de cumplimiento con los requerimientos de la Ley Federal ADA ⁷ , el cual igualmente forma parte de la solicitud. |
| | | Objetivo 1.4 Para el 31 de diciembre de 2023, los Dominios de Acreditación completarán exitosamente al menos un 70% del proceso de identificación y | Porcentaje (%) de documentación aprobada como en cumplimiento con los estándares y medidas de la PHAB. | 70 | 35 | 50.0% | En proceso: A diciembre 2023, fecha establecida por el objetivo, un 20% de los equipos de trabajo de los dominios de Acreditación habían comenzado el proceso de someter evidencias para revisión. Al momento, los trabajos para completar lo planteado en el presente objetivo continúan en |

⁷ Ley para Personas con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés).

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | revisión de la documentación requerida para cumplir con los Estándares y Medidas de la PHAB (WFDP, C&BP y EOP). | | | | | progreso. Los equipos por dominio han continuado reuniéndose y trabajando sobre la recopilación de evidencias de cada dominio establecido por la PHAB. De igual manera, el <i>Core Team</i> ha establecido medidas para agilizar los trabajos tales como reforzar la composición de los equipos y pautar sesiones de trabajo en apoyo a los mismos. A la fecha, el 70% de los dominios ha sometido documentación para evaluación, mientras que el 80% de la documentación exigida por PHAB está identificada. El cumplimiento de este objetivo se vislumbra a más tardar inicio del 2025. |
| | | Objetivo 1.5 Para el 31 de diciembre de 2023, el Secretario de Salud implementará al menos dos (2) mecanismos / estrategias para institucionalizar los procesos de Acreditación en Salud Pública y asegurar su sustentabilidad. | Porcentaje (%) de finalización de la documentación de los estándares y medidas de la PHAB. | 100 | 75 | 75.0% | En proceso: Al cierre del año 2023, fecha planteada por el objetivo, la OPD ha logrado la implementación de uno (1) de los dos (2) mecanismos o estrategias para institucionalizar los procesos de acreditación en salud pública y asegurar su sustentabilidad. Este fue el desarrollo de un plan de comunicación. Resta por implementar la segunda estrategia, que se vislumbra sea el desarrollo e implementación de una orden |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | administrativa que institucionalice el proceso de acreditación en el DSPR. El plan de comunicación desarrollado para la acreditación en salud incluyó la publicación de boletines publicados a través de Salud Informa sobre la Acreditación y procesos relacionados. De igual manera, como parte de este plan, se realizaron visitas a las regiones del DSPR para orientar al personal y recoger sus insumos sobre oportunidades de mejoras. Sobre la segunda estrategia de la orden administrativa para institucionalizar el proceso de acreditación en el DSPR, el borrador se encuentra bajo revisión de la Oficina de Asesoramiento Legal. |
| | | Objetivo 1.6 Para el 31 de diciembre de 2023, la División de Planificación Estratégica elaborará una Evaluación del Estado de la Salud (<i>State Health Assessment</i>) requerido para la | Porcentaje (%) de finalización de la Evaluación del Estado de la Salud. | 100 | 60 | 60.0% | En proceso: Al momento, el desarrollo de la Evaluación del Estado de la Salud Puerto Rico 2024 se encuentra en curso. Como parte de los mismos, todos los equipos de trabajo se encuentran conformados y con borradores preliminares presentados, aunque los mismos se encuentran en proceso de actualización y/o revisión. De igual manera, se completó la realización de ocho (8) |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | Acreditación de Salud Pública de la PHAB. | | | | | <p>Conversaciones Regionales en puntos estratégicos a nivel Isla, así como en las islas-municipio de Culebra y Vieques, para recopilar insumo cualitativo de los colaboradores del sistema de salud. También se implementó la Encuesta de la Comunidad, un instrumento cuantitativo de recopilación de datos para igualmente recabar percepciones de los colaboradores. Hasta el presente, la mayoría de los equipos de trabajo se encuentran en proceso de actualización y revisión de los borradores iniciales sometidos, a manera de asegurar que la Evaluación cuente con la información estadística más reciente y pertinente. Estos trabajos son guiados por un equipo de coordinación de la OPD. En términos del insumo recopilado a través de las Conversaciones Regionales y la Encuesta de la Comunidad, ambos procesos concluyeron y el insumo se encuentra bajo análisis. Se espera que el producto esté completado y publicado a principios del próximo año.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | <p>Objetivo 1.7 Para el 31 de diciembre de 2023, la División de Planificación Estratégica apoyará en la administración y análisis de un cuestionario de la fuerza laboral del DSPR, para elaborar el <i>Workforce Development Plan</i>.</p> | Porcentaje (%) de finalización (%) del Plan de Desarrollo de la Fuerza Laboral. | 100 | 90 | 90.0% | <p>En proceso: Al momento, la OPD desarrolló y administró el cuestionario para la fuerza laboral del DSPR. Este ejercicio servirá de base para elaborar el Plan de Desarrollo de la Fuerza Laboral del DSPR. En términos del análisis, el mismo se ha completado en un 90%; resta realizar la revisión final del mismo para proceder a su publicación. Como parte de la administración del cuestionario, se realizó una reunión de orientación con el liderato del DSPR para dar a conocer el esfuerzo y solicitar su apoyo. En términos de su administración, participaron sobre 400 miembros de la fuerza laboral institucional. Los temas trabajados como parte del cuestionario desarrollado fueron: perfil sociodemográfico; sensibilidad cultural; perfil y entorno laboral; y competencias y habilidades profesionales.</p> |
| | | <p>Objetivo 1.8 Para el 31 de diciembre de 2023, la División de Planificación</p> | Porcentaje (%) de finalización de informes solicitados a la | 100 | 100 | 100.0% | <p>Completado: Durante el año 2023, la División de Planificación Estratégica de la OPD completó el 100% de los informes que le son requeridos por ley.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Estratégica completará el 100% de la elaboración y cumplimiento de los informes requeridos por ley. | División de Planificación Estratégica. | | | | Por su naturaleza, la División de Planificación Estratégica de la OPD recibe solicitudes de información y atiende requerimientos de ley en términos de informes que deben ser remitidos a diversas agencias o entidades. Las mismas son de naturaleza diversa tales como: proceso de solicitud de fondos CDBG, actualización de planes de ordenación territorial, entre otras. |
| | | Objetivo 1.9 Para el 31 de diciembre de 2023, la División de Planificación Estratégica apoyará a la División de Evaluación y Monitoreo en la actualización de 1 documento de "Performance Management System and Quality Improvement Plan" del Departamento de Salud, como mecanismo de revisión de | Porcentaje (%) de finalización del Plan PMS y QI implementado. | 100 | 25 | 25.0% | En proceso: La OPD continúa trabajando sobre la actualización del Plan de Mejora de la Calidad y Gestión del Desempeño del DSPR. Este documento es un prerrequisito del proceso de acreditación en salud pública. La OPD conformó un grupo de trabajo para trabajar sobre el ejercicio de actualización. A través del mismo, se busca vincularlo al ejercicio de los planes de trabajo anual y monitoreo de indicadores propuestos mediante el mismo. De igual manera, se enfoca sobre la aplicación del plan a través de las unidades. Se vislumbra que la actualización del documento estará completada previo a finalizar el 2024. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | desempeño y mejora de calidad. | | | | | |
| <p>Meta 2. Fortalecer las capacidades administrativas y operacionales del DSPR a través del desarrollo, implementación y evaluación de iniciativas para modernizar su estructura organizacional, definir sus prioridades para la toma de decisiones estratégicas, mejorar sus procesos y sistemas, asegurando a su vez mayor agilidad, eficiencia y efectividad de los servicios del DSPR.</p> | <p>En proceso: Los resultados alcanzados han permitido avances sustanciales en cuanto al cumplimiento de la meta para fortalecer las capacidades administrativas y operacionales del DSPR. Particularmente, sobresale la formulación de una nueva estructura administrativa, y los procesos pendientes giran en gran medida sobre la implementación de la misma. Cabe destacar que estos se encuentran en curso. De igual manera, se ha cumplido a cabalidad con los</p> | <p>Objetivo 2.1 Para el 31 de marzo de 2023, el Comité de Reestructuración elaborará y diseminará un (1) Plan, el cual incluye un documento para la Transformación Organizacional y una Orden Administrativa.</p> | <p>Porcentaje (%) de finalización de la diseminación del Plan de Transformación Organizacional y Orden Administrativa.</p> | 100 | 100 | 100.0% | <p>Completado: Durante el año 2023, el Comité de Transformación Organizacional, al que la OPD brinda apoyo operacional, completó la elaboración de la Guía para la Transformación Organizacional del DSPR. De igual manera, el Secretario de Salud promulgó la Orden Administrativa 578, la cual institucionaliza la nueva estructura organizacional del DSPR, producto del proceso de transformación organizacional llevado a cabo. Para esta iniciativa, se diseñó un proceso participativo para recabar el insumo de las unidades del DSPR. Para ello, se realizaron 19 vistas públicas con las unidades, al igual que se llevaron a cabo aproximadamente 16 reuniones para presentar la nueva estructura a las unidades. De igual manera, el Comité de Transformación Organizacional se reunió en aproximadamente 10 ocasiones para dar seguimiento a los trabajos.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | pasos para la implementación del Plan Estratégico vigente, entendiéndose como ello el desarrollo del Plan de Trabajo Anual e Informe de Resultados. Sobre la evaluación del Plan Estratégico, esta se encuentra avanzada y será fundamental para su actualización para el periodo 2030. | Objetivo 2.2 Para el 30 de junio de 2023, el Comité Permanente para la Transformación Organizacional brindará apoyo a Recursos Humanos para la elaboración de una evaluación de las estructuras de puestos. | Porcentaje (%) de finalización del plan de estructura de puestos. | 100 | 0 | 0.0% | Sin comenzar: El presente objetivo aún no ha iniciado. La expectativa sobre el mismo era que una vez definida la nueva estructura organizacional, procede iniciar un proceso para evaluar la estructura de puestos y como ella se adapta a las nuevas necesidades. Al momento, nos encontramos aguardando por la Oficina de Recursos Humanos para iniciar dicha evaluación. |
| | | Objetivo 2.3 Para el 31 de diciembre de 2023, el Comité Permanente para la Transformación Organizacional implementará un (1) proceso de manejo de cambio como parte del proceso de Reestructuración del Departamento de Salud. | Porcentaje (%) de finalización del proceso de manejo de cambio para la Reestructuración del DSPR. | 100 | 10 | 10.0% | En proceso: La gestión del proceso de manejo de cambio se encuentra en proceso. Hitos importantes han sido alcanzados, pero se espera por la entrada del nuevo liderato del DSPR para dar continuidad al proceso. La iniciativa de manejo del cambio busca integrar una entidad externa que trabaje sobre elementos tales como cambio, resistencia cultural, e integración de entidades de apoyo, entre otros. De igual manera, mediante el mismo se espera trabajar con unidades del DSPR para establecer cambios. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | Sobre esta iniciativa, se desarrolló un borrador de <i>Request for Proposal</i> (RFP) para dar paso a proceso de libre competencia e identificar un ente externo al DSPR que gestione el manejo del cambio. Actualmente, se realiza transferencia de proceso a la OPD para trabajar y monitorear el proceso de cambio. |
| | | Objetivo 2.4 Para el 31 de diciembre de 2023, la División de Planificación Estratégica desarrollará una (1) Evaluación del Plan Estratégico 2025, para evaluar los objetivos contenidos en el plan. | Porcentaje (%) de finalización de la Evaluación del Plan Estratégico 2025. | 100 | 50 | 50.0% | En proceso: La OPD lleva a cabo una evaluación del Plan Estratégico 2025 del DSPR. A través del mismo, se espera recabar los cambios y ocurrencias de mayor trascendencia a través de la estructura organizacional del DSPR. Ello servirá de base para la generación del nuevo Plan Estratégico 2030 del DSPR. Se espera tener un documento próximamente, el cual servirá como hilo conductor de recopilación de información con las unidades. Mediante el mismo, se busca identificar lo que ocurrió en el DSPR y sus unidades, y cómo el Departamento se ha comportado a través de los años. En enero 2025, se iniciará búsqueda de información. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesta | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | <p>Objetivo 2.5 Para el 1 de mayo de 2023, la División de Planificación Estratégica elaborará un (1) Plan de Trabajo Anual para el Departamento de Salud, según estipula la Ley 236-2010 "Rendición de Cuentas" para envío a la Oficina de Gerencia y Presupuesto.</p> | Porcentaje (%) de finalización del Plan de Trabajo Anual del DSPR. | 100 | 100 | 100.0% | <p>Completado: Durante el pasado 2023, la OPD completó el desarrollo del Plan de Trabajo Anual para el periodo 2023. El mismo establece las metas y objetivos que la Agencia se propone accionar para el año de referencia. El Plan de Trabajo Anual requirió que todas las unidades completaran el desarrollo de sus respectivas metas y objetivos, a tenor con las prioridades que cada una trabaja. Estos planes de trabajo fueron revisados y compilados por personal de la OPD, quien a su vez brindó asistencia técnica a las unidades que lo solicitaron. El informe fue entregado a la Oficina de Gerencia y Presupuesto, así como publicado en el portal del DSPR.</p> |
| | | <p>Objetivo 2.6 Para el 1 de noviembre de 2023, la División de Planificación Estratégica elaborará un (1) Informe de Evaluación del Plan de Trabajo Anual del Departamento de Salud para el año</p> | Porcentaje (%) de finalización del Informe de Evaluación del Plan de Trabajo Anual del DSPR. | 100 | 100 | 100.0% | <p>Completado: Durante el año 2023, la OPD completó el desarrollo del Informe de Resultados del Plan de Trabajo Anual para el año 2022, Este documento busca medir el progreso y cumplimiento con las metas y objetivos planteados para el año de referencia. Para elaborar el mismo, se solicitó a todas las unidades completar sus</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|---|--------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | fiscal 2022, según estipula la Ley 236-2010 "Rendición de Cuentas" de la Oficina de Gerencia y Presupuesto. | | | | | respectivos informes de resultados. Los mismos fueron revisados y compilados por la OPD, quien tuvo a su haber la publicación del documento a nivel de la Agencia. Una vez completado, el Informe de Resultados fue sometido ante la Oficina de Gerencia y Presupuesto, al igual que publicado en el portal cibernético del DSPR. |
| Meta 3. A través de la División de Análisis Estadístico, facilitar información estadística y análisis sobre diversos aspectos relacionados a la salud en general, que fundamenten el establecimiento de política pública sobre salud, proceso de toma de decisiones, implantación de cursos de acción, desarrollo de estudios e investigaciones científicas y | En proceso: La Meta principal de la División es brindar información estadística sobre aspectos relacionados a la salud, principalmente enfocados en las Estadísticas Vitales. Los instrumentos principales para cumplir esta meta son los Informes Estadísticos y boletines. Al momento se actualizaron los Informes de Estadísticas Vitales | Objetivo 3.1 Para el 29 de diciembre de 2023, se habrán publicado cuatro (4) informes enfocados en aspectos relacionados a la salud de la población de Puerto Rico. | Número de informes publicados. | 4 | 2 | 50.0% | En proceso: Se completaron dos (2) informes de Estadísticas Vitales (Nacimientos y Mortalidad) para el periodo 2017 al 2020. El informe de Estadísticas Vitales (Matrimonios y Divorcios 2017 al 2020) se publicará en el próximo año 2024. Este informe beneficiará a los investigadores, estudiantes y desarrolladores de política pública. Este objetivo está en proceso. Como parte de este proceso se contó con la colaboración de los estudiantes de práctica del Programa de Demografía para la revisión y actualización de la información a incluir en algunos informes. Se ha consultado la posibilidad de contar con más personal colaborar con el desarrollo de los mismos, así como la creación |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--------------------------------------|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesta | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| planificación de servicios de salud. | sobre Nacimientos y Mortalidad para los años 2017 al 2020. Además, se atendieron peticiones sobre información estadística de salud (Estadísticas Vitales, Profesionales de la Salud y algunas condiciones de Salud disponibles) de manera individual a Agencias, Investigadores, desarrolladores de Política pública y público en general. | | | | | | de procesos y mecanismos que faciliten la obtención de datos de las diferentes áreas dentro del Departamento. Se espera que el objetivo se logre para el año 2024. |
| | | Objetivo 3.2 Para el 29 de diciembre de 2023, publicar dos (2) boletines informativos relacionados a temas de salud en Puerto Rico. | Número de boletines publicados. | --- | --- | --- | Sin comenzar: Los esfuerzos de la División durante este año se concentraron en el desarrollo de los Informes de Estadísticas Vitales y contestar las peticiones de información estadística. Se ha consultado la posibilidad de contar con más personal colaborar con el desarrollo de los mismos, así como la creación de procesos y mecanismos que faciliten la obtención de datos de las diferentes áreas dentro del Departamento. |
| | | Objetivo 3.3 Durante el año 2023, se mantendrá activo un sistema de monitoreo y revisión de las Declaraciones de Información Estadística de todas las facilidades de salud que envíen Declaraciones al Portal. | Porcentaje (%) de declaraciones recibidas, aprobadas y denegadas. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se revisaron 423 Declaraciones de Información Estadística recibidas a través del Portal de las Declaraciones. En beneficio de las facilidades de salud (renovación de licencias), consultores y peticiones de la rama legislativa. Este objetivo se logró a través del seguimiento y el apoyo a las facilidades a través del Portal, correo electrónico y llamadas telefónicas. A |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | pesar de las dificultades con la plataforma y la costumbre de las facilidades de enviar las declaraciones al momento de renovar licencias (cada 2 años). |
| | | Objetivo 3.4 Durante el año 2023, se atenderán peticiones de información estadística a usuarios (Internos y externos) sobre aspectos relacionados a la salud pública. | Porcentaje (%) de peticiones atendidas. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se atendieron 767 peticiones de información estadísticas a través del correo electrónico. Esto en beneficio de facilidades de salud, investigadores, estudiantes universitarios, agencias de gobierno, entre otros. Este objetivo se logró mediante la colaboración de las diferentes áreas del DSPR que brindan datos a la división y a los canales de comunicación que permiten referir peticiones cuando no contamos con la información. |
| Meta 4. A través de la Oficina de Salud Primaria, propiciar el acceso a servicios de salud primaria a través de todas las regiones de salud, así como promover la disponibilidad de | Completada: Como resultado de las actividades llevadas a cabo y requeridas en el Acuerdo Cooperativo con HRSA, se: - identificaron los municipios con los | Objetivo 4.1 Para el 31 de marzo de 2023, haber terminado de actualizar con nuevos datos disponibles el estudio de necesidades con el propósito de identificar áreas con | Porcentaje (%) de revisión de estudios de necesidades posterior. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Cumplir a tiempo con Acuerdo Cooperativo con HRSA, el cual requiere se lleve a cabo y se le envíe una copia del estudio a una fecha establecida. Se logró identificar las áreas geográficas con los indicadores de salud más bajos y más altos. Las poblaciones que más se benefician cuando se lleva a cabo este estudio |
| | | | Número de reuniones individuales. | 5 | 6 | 120.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO | |
|--|---|--|--|--|-------------------|--------------|---|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | | |
| recursos profesionales, mediante un análisis consistente y preciso de las necesidades en cuanto a servicios o profesionales de la salud. | mejores índices de salud, - se determinó la proporción de proveedores de salud primaria por número de habitantes en cada municipio | necesidades de servicios de salud primaria en Puerto Rico. | Número de reuniones presenciales o virtuales. | 4 | 5 | 125.0% | son las poblaciones vulnerables con necesidad de servicios de salud. El objetivo se completó tal y como se propuso en el Plan de Trabajo. | |
| | | | Porcentaje (%) de designaciones trabajadas. | 100 | 100 | 100.0% | | |
| | | | Objetivo 4.2 Para el 31 de marzo de 2023, desarrollar al menos dos (2) borradores del Plan de Trabajo para el análisis de áreas de escasez de servicios de profesionales de la salud (RSAs). | Número de informes terminados. | 3 | 3 | | 100.0% |
| | Para el 31 de diciembre de 2023, analizar y actualizar el 100% de las designaciones de servicios de salud de | Número de evaluaciones del informe. | 2 | 2 | 100.0% | | | |
| | | Porcentaje (%) de designaciones trabajadas. | 50 | 50 | 100.0% | | | |
| | - se identificaron y designaron las áreas geográficas y las facilidades de servicios que tienen dificultad para reclutar y retener proveedores de servicios de salud primaria, salud mental y salud dental. Esta información es utilizada para la aprobación de pago de préstamos, becas, bonos, establecer nuevos centros de salud y otros beneficios federales a hospitales, universidades, | Para el 31 de diciembre de 2023, analizar y actualizar el 100% de las designaciones de servicios de salud de | Para el 31 de diciembre de 2023, analizar y actualizar el 100% de las designaciones de servicios de salud de | Porcentaje (%) de designaciones trabajadas. | 50 | 50 | 100.0% | Completado: Los resultados del objetivo fueron mantener actualizado en el <i>Shortage Designation Management System</i> de |
| | | | | Porcentaje (%) de designaciones actualizada. | 50 | 50 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | <p>organizaciones de la comunidad.</p> <p>- se solicitó al Departamento de Estado federal la aprobación de Visa de Trabajo para tres médicos extranjeros interesados en trabajar en áreas con dificultad para reclutar proveedores de salud.</p> <p>- Actualmente, 75 profesionales están participando del Programa de Pago de Préstamos en 35 facilidades designadas como que tienen dificultad para reclutar y retener proveedores.</p> <p>- Cinco estudiantes están en</p> | <p>profesionales de la salud.</p> | | | | | <p>HRSA⁸, todas las áreas de servicios que tienen dificultad para reclutar y retener proveedores de salud. Por falta de recursos humanos, no se logró eliminar (limpiar) de la base de datos en el <i>National Provider Identifier</i> a los proveedores que aparecen en la plataforma, pero que no ofrecen servicios en PR, como lo requiere HRSA. Se beneficiaron las poblaciones vulnerables, especialmente las poblaciones que necesitan servicios por uso de sustancias.</p> <p>El objetivo se completó tal y como se propuso en el Plan de Trabajo.</p> |
| | | <p>Objetivo 4.4</p> <p>Para el 31 de marzo de 2023, cumplir con el 100% de las solicitudes de asistencia técnica por parte las organizaciones interesadas en</p> | <p>Porcentaje (%) de solicitudes completadas de asistencia técnica.</p> | 6 | 6 | 100.0% | <p>Completado:</p> <p>Todas las organizaciones que solicitaron ayuda técnica fueron aprobadas (designadas) y podrán participar en el Programa Pago de Préstamos del <i>National Health Service Corps</i>. No se logró llevar a cabo una promoción más amplia, para que otras organizaciones</p> |

⁸ Health Resources and Services Administration

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | adiestramiento, becados por el NHSC, con el compromiso de cuando terminen sus estudios en medicina, trabajarán con poblaciones vulnerables en áreas de difícil reclutamiento. | reclutar y retener profesionales de salud primaria, así como a los proveedores de salud primaria interesados en participar en los programas de NHSC. | | | | | también puedan participar del Programa de Pago de Préstamos. Se beneficiaron las poblaciones vulnerables, especialmente las poblaciones que necesitan servicios por uso de sustancias. El objetivo se completó tal y como se propuso en el Plan de Trabajo. |
| Meta 5: Facilitar el acceso a servicios de salud asegurando la sustentabilidad de servicios a través de la implementación de equipo tecnológico especializado en la Telemedicina. | En proceso: Se entregaron 5 equipos para noviembre y diciembre del 2023. En el año 2023 de enero a diciembre se ofrecieron 4 talleres educativos y 7 mesas educativas. | Objetivo 5.1 Para marzo 2023, identificar al menos 10 facilidades que provean servicios de salud a poblaciones con difícil acceso a servicios que cumplan con al menos un 95% de los criterios de selección establecidos para la implementación de equipo especializado de Telemedicina. | Número de acuerdos de colaboración por unidades/ entre agencias/ DS con entidades externas. | --- | --- | --- | Completado: Con el fin de propulsar la telesalud, incluyendo la telemedicina, como estrategia para asegurar el acceso y la continuidad de los servicios ante emergencias de salud, fueron seleccionadas (bajo criterios de inclusión) diez (10) entidades entre el sector público y privado. Se identificaron alrededor de catorce (14) posibles facilidades mediante evaluación de los criterios establecidos y aprobados por la JCF. Las entidades seleccionadas para participar del Programa tendrán que participar en las capacitaciones que se estarán realizando entre otras actividades para poder continuar como entidades del Programa. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Objetivo 5.2 Para mayo 2023, realizar un diagnóstico situacional para cada una de las facilidades seleccionadas, identificando el 95% de las necesidades y recursos, mediante un análisis FODA y un "Telehealth Readiness Assessment". | Cantidad de diagnósticos situacionales realizados. | 10 | 10 | 100.0% | Completado: Para mayo 2023 se realizaron todas las evaluaciones de diagnóstico situacional tales como el <i>Telehealth Readiness Assessments</i> y los FODAs ⁹ correspondientes a cada entidad. El conocer el diagnóstico situacional de cada entidad nos permite establecer acuerdos pertinentes para ofrecer capacitaciones o educaciones de acuerdo a las situaciones de cada entidad al igual que ofrecer las herramientas necesarias para el Programa de Telemedicina en cada entidad. |
| | | Porcentaje (%) de necesidades y recursos identificados. | 95 | 95 | 100.0% | | |
| | | Objetivo 5.3 Para junio 2023, establecer los acuerdos puntuales de las responsabilidades por parte del equipo del Programa de Telemedicina y las facilidades | Cantidad de MOU firmados. | 5 | 0 | 0.0% | En proceso: Como parte de este objetivo no se logró establecer los acuerdos con al menos cinco (5) facilidades para junio 2023. Por otra parte, se logró establecer cuatro (4) acuerdos a diciembre 2023 (CDT Adjuntas, CDT Vieques, CDT Lajas, <i>Gogo Pediatric</i> (Ponce)). Resta poder establecer los acuerdos puntuales con las demás |

⁹ Análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas).

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | seleccionadas, mediante un <i>Memorandum of Understanding</i> (MOU)", oficializando la participación de al menos 5 facilidades. | | | | | <p>entidades participantes. Al lograr estos cuatro (4) acuerdos antes mencionados se les puede hacer entrega de los equipos especializados de telemedicina correspondientes y por ende, comenzar el proceso para que las entidades puedan ofrecerle a su comunidad el servicio de telemedicina mediante los equipos adquiridos.</p> <p>Para poder establecer acuerdos como lo son los MOUs¹⁰ se requiere una serie de documentos previo a la oficialización el mismo. Entre ellos está la entrega de una propuesta de servicio por parte de cada entidad que es evaluada y requiere cumplir con al menos un 70 por ciento. Con eso dicho, no se recibieron las propuestas o la documentación necesaria de parte de algunas entidades para junio 2023. Como equipo, se continuará dando seguimiento y apoyo a esas entidades restantes para el desarrollo de las</p> |

¹⁰ *Memorandum of Understanding* (Memorándum de entendimiento).

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | propuestas y documentación requerida para la firma de los MOUs restantes. |
| | | Objetivo 5.4 Para mayo 2023, brindar al menos 6 capacitaciones destinadas a fomentar las buenas prácticas en el uso de la Telemedicina a los líderes de las facilidades seleccionadas mediante la metodología del "Train of Trainers" desarrollando el 95% de las competencias. | Cantidad de capacitaciones brindadas por facilidad. | 6 | 1 | 16.7% | En proceso: Para mayo 2023 solo se logró dar una capacitación a las entidades sobre la telemedicina y sus usos. Pero hasta diciembre 2023 se ofrecieron un total de cuatro (4) capacitaciones a las entidades participantes. No se logró realizar las seis (6) capacitaciones para mayo 2023 dado a atrasos en logísticas con colaboradores y las entidades participantes. |
| | | Porcentaje (%) competencias desarrolladas. | 95 | 5 | 5.3% | | |
| | | Objetivo 5.5 Para junio 2023, desarrollar una campaña educativa sobre la Telemedicina para las facilidades | Porcentaje (%) identificación de las partes de la campaña. | 95 | 0 | 0.0% | En proceso: Para junio 2023 no se logró desarrollar una campaña educativa. Durante diciembre 2023 se estuvo trabajando el RFP y la carta de intención para la campaña. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | seleccionadas mediante un plan de comunicación identificando el 95% de partes de la campaña. | | | | | Se espera poder desarrollar la campaña para el año 2024. Luego de que se publique el RFP y haya notificación de adjudicación mediante la Oficina de Subasta. |
| | | Objetivo 5.6 Para junio 2023, visitar al menos 5 municipios para promover la educación de la telesalud y telemedicina como parte de la campaña educativa. | Cantidad de visitas realizadas. | 5 | 3 | 60.0% | En proceso: Para junio 2023 se visitaron tres (3) municipios. Durante el año 2023 de enero a diciembre se visitaron siete (7) municipios para realizar mesas educativas sobre telemedicina y telesalud. No se alcanzó al tiempo establecido en la meta, dado a proceso de coordinación con los municipios o las entidades donde se iban a realizar las mesas educativas. |
| | | | Cantidad de municipios visitados. | 5 | 3 | 60.0% | |
| | | Objetivo 5.7 Para agosto 2023, desarrollar un plan de monitoreo del desempeño de las facilidades seleccionadas utilizando los estándares de cumplimiento establecidos por la SAPD y las facilidades | Cantidad de planes desarrollados. | 1 | 0 | 0.0% | Sin comenzar: El plan de monitoreo no se comenzó durante este año debido a que algunas entidades no contaban todavía con la entrega del equipo ni los adiestramientos sobre el mismo. |
| | | | Porcentaje (%) identificación de los indicadores clave. | 95 | 0 | 0.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | seleccionadas estableciendo el 95% de indicadores clave. | | | | | |
| | | Objetivo 5.8 Para septiembre 2023, entregar equipo especializado en telemedicina en al menos 5 facilidades seleccionadas, para la implementación del programa de telemedicina. | Cantidad de equipo entregado por facilidad. | 14 | 0 | 0.0% | En proceso: Se lograron entregar cinco (5) equipos especializados a dos (2) entidades para noviembre y diciembre 2023. No se logró entregar equipo especializado en telemedicina en al menos cinco (5) facilidades seleccionadas, para la implementación del programa de telemedicina, en la fecha establecida debido a atrasos en el proceso de creación de MOUs ¹¹ , documentación solicitada a las entidades participantes para completar dicho proceso y procesos de coordinación de transporte. Sin la firma de los MOUs no se puede realizar entregas de los equipos. |
| | | | Cantidad de programas implementados por facilidad. | 10 | 0 | 0.0% | |

¹¹ Memorandum of Understanding (Memorándum de entendimiento).

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Objetivo 5.9 Para diciembre 2023, desarrollar un plan de proceso de mejora de la calidad de las facilidades seleccionadas utilizando los estándares de calidad establecidos por la SAPD y las facilidades seleccionadas estableciendo el 95% de indicadores clave. | Cantidad de planes desarrollados. | 1 | 0 | 0.0% | Sin comenzar: El plan de mejora no se comenzó durante este año debido a que algunas entidades no contaban todavía con la entrega del equipo ni los adiestramientos sobre el mismo y por lo tanto todavía no han implementado sus programas. |
| | | Porcentaje (%) identificación de indicadores clave. | 95 | 0 | 0.0% | | |
| | | Objetivo 5.10 Para diciembre 2024, monitorear los programas de telemedicina en al menos 5 facilidades, midiendo la efectividad y eficiencia del equipo especializado. | Cantidad de facilidades monitoreadas. | 5 | 0 | 0.0% | |
| Meta 6. Institucionalizar la equidad en salud en el Departamento de Salud aumentando las capacidades de las | En proceso: Se encuentra en proceso dado a que falta la validación del cuestionario de LGTB y el lanzamiento del | Objetivo 6.1 Para diciembre 2023, completar al menos un 75% de los esfuerzos establecidos con el | Porcentaje (%) de esfuerzos para contribuir a la distribución equitativa de servicios y | 75 | 100 | 133.3% | Completado: Desarrollo de los siguientes informes de resultados y materiales educativos con el propósito de dar a conocer sobre el tema de equidad en salud, determinantes sociales y la |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| <p>unidades programáticas a través de mejoramiento de infraestructura, política institucional, movilizando expertos de la comunidad, gobernanza de datos, y aumento a servicios de mitigación de COVID-19.</p> | <p><i>dashboard</i> de determinantes sociales de la salud.</p> | <p>CDC para contribuir a la distribución equitativa de servicios y recursos de mitigación y prevención de COVID-19, a través de entrega de pruebas, equipo de protección personal, materiales educativos, herramientas de planificación y desarrollo de instrumentos dirigidos a aumentar el alcance de unidades del DSPR hacia poblaciones vulneradas y/o a mayor riesgo de COVID-19.</p> | <p>recursos de mitigación y prevención de COVID-19.</p> | | | | <p>importancia para atender la salud pública. GUÍA DE METODOLOGÍA: Plan Estratégico para Avanzar a la Equidad en Salud 2025. Presentado al Programa de Salud Rural y Equidad en Salud Departamento de Salud de Puerto Rico Se realizaron 94 referidos de pruebas y tratamiento a cinco proveedores que atendían el COVID-19 y se actualizó una lista de Entidades y Organizaciones que atienden a los adultos mayores (n=740). Desarrollo de los siguientes informes de resultados y materiales educativos para continuar abordando el tema de la equidad en salud, determinantes sociales y COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informe de evaluación sobre el seminario virtual Conexión Mayor: Impulsando la tecnología como estrategia de equidad en salud en la vejez - Informe de Resultados Evaluación de Contenido con Lente de Equidad en Salud: Hoja de Consentimiento de Administración de Vacuna |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones para llevar a cabo una Evaluación/Revisión de Documentos con Lente de Equidad en Salud - Reporte para el plan de cálculo de personal planificación pospandémica COVID-19 - Cómo realizarse la prueba casera de COVID-19 - Uso correcto de mascarillas y pruebas caseras - Importancia de la vacunación y el refuerzo contra el COVID-19 - Medidas universales de prevención contra el COVID-19 - Mitos de la vacunación contra el COVID-19 - Efectos del COVID-19 en los sistemas del cuerpo - COVID-19 prolongado (long-COVID-19) - Video: Empodérese de su cita médica - Plataforma de Servicios Puertas Abiertas <p>Se realizaron 52 referidos a realizarse pruebas de COVID-19 a un proveedor de salud.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | <p>Se entregaron 693 pruebas y 3,740 mascarillas a 607 personas de la comunidad sorda en colaboración con la organización MAVI¹². Se realizaron 15 salidas comunitarias para formación de alianzas y entregas de materiales educativos. Se seleccionaron poblaciones vulneradas basado en indicadores de SVI y Epidemiológicos para la distribución de PPE y material educativo. El reclutamiento de facilitadores educativos y especialistas en análisis epidemiológicos y geoespaciales fue vital para poder completar exitosamente este objetivo.</p> |
| | | <p>Objetivo 6.2 Para diciembre 2023, completar al menos un 75% de las mejoras a la recolección y reporte de datos establecidas con el CDC, mediante</p> | <p>Porcentaje (%) de mejoras a la recolección y reporte de datos.</p> | 8 | 8 | 100.0% | <p>En proceso: Desarrollo de los siguientes informes y materiales educativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfil estadístico de la población de menores de edad y adultos mayores en Puerto Rico |

¹² Movimiento para el Alcance de Vida Independiente

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | adiestramientos dirigidos al personal de manejo de datos, construcción de perfiles estadísticos y desarrollo de un <i>dashboard</i> para la visualización de datos sociodemográficos, datos de salud y datos socioeconómicos de poblaciones específicas. | | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Perfil estadístico de la población con diversidad funcional en Puerto Rico - Reporte de estudio de necesidades de equipo de protección personal de COVID-19 en centros de salud, según sus respectivos administradores - Guía de principios para entender la equidad (<i>toolkit</i>) - Instrucciones para evaluar documentos (<i>toolkit</i>) - Calculadora (<i>toolkit</i>) - Instrucciones para evaluar materiales (<i>toolkit</i>) - Evaluación de materiales educativos (<i>toolkit</i>) - Hoja para la Evaluación de Documentos con Lente de Equidad en Salud <p>Se capacitaron sobre 300 profesionales de la salud del Departamento de Salud sobre el marco de los determinantes sociales e interseccionalidad. Reportes de estos talleres se encuentran disponibles, de así solicitarlos. En proceso, se encuentran la validación del cuestionario de LGTB+</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | y el lanzamiento del <i>dashboard</i> de determinantes sociales de la salud que se encuentra pronto a ser lanzado. Este objetivo se logró mediante colaboraciones internas y externas con distintas oficinas/divisiones del Departamento de Salud. |
| | | Objetivo 6.3 Para diciembre 2023, completar al menos el 75% de los esfuerzos de mejoramiento de infraestructura organizacional, establecidos con el CDC, para prevenir y atender situaciones de salud mental exacerbadas por la pandemia en los trabajadores de primera respuesta, mediante un enfoque biopsicosocial y estableciendo un grupo multidisciplinario para atender las | Porcentaje (%) de esfuerzos de mejoramiento de infraestructura organizacional completados. | 156 | 610 | 391.0% | Completado: Se realizó el Informe de resultados de la revisión sistemática de literatura sobre situaciones de salud mental exacerbadas por la pandemia del COVID-19 y pasadas emergencias en el personal administrativo y personal de primera respuesta, Guía de prácticas estratégicas para avanzar hacia la equidad en salud en el Departamento de Salud de Puerto Rico, Guía para la aplicación de estrategias de buenas prácticas dirigidas a preservar la salud mental en el espacio laboral. Se realizaron capacitaciones a personas del Departamento de Salud y otros colaboradores externos, donde se capacitaron sobre 100 profesionales de la salud sobre el uso y manejo de las mejores prácticas basadas en la evidencia para prevenir |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | disparidades de COVID-19 en las políticas de salud pública, planes y guías. | | | | | y atender las situaciones de salud mental en el área laboral en futuras emergencia. Un total de 606 primeros respondedores fueron certificados en Primeros Auxilios en Salud Mental, con el propósito de brindarles herramientas que le permitan prevenir y atender las situaciones de salud mental durante la pandemia y futuras emergencias. Se precisó de la contratación de una organización especializada en brindar certificados en Primeros Auxilios. |
| | | Objetivo 6.4 Para diciembre 2023, completar al menos 75% de las actividades para promover la equidad en salud y abordar los determinantes sociales de la salud en relación con las disparidades de COVID-19 entre las poblaciones a mayor riesgo y desatendidas mediante la alfabetización en | Porcentaje (%) de las actividades completadas para promover la equidad en salud y abordar los determinantes sociales de la salud en relación con las disparidades de COVID-19 entre las poblaciones de mayor riesgo y desatendidas. | 31 | 40 | 129.0% | Completado: Se otorgaron subvenciones en alfabetización en salud a Fideicomiso para la Ciencia, Tecnología e Investigación. Además, a <i>First Health Care</i> (FHC) sobre certificaciones en Primeros Auxilios de Salud Mental, y a la Comisión para la Prevención del Suicidio para atender las necesidades de salud mental entre la fuerza laboral del Departamento de Salud. Se realizaron 19 salidas comunitarias para formación de alianzas y entregas de materiales educativos; 12 capacitaciones a personas del Departamento de Salud y otros |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | salud, alfabetización en salud organizacional y alfabetización en salud digital que fomentan la movilización de socios y colaboradores, establecidos con el CDC. | | | | | <p>colaboradores externos, 116 visitas para mapeo comunitario sobre organizaciones y entidades que sirven a las personas sin hogar; 23 visitas de campo para reclutar posibles beneficiarios a la plataforma de Puertas Abiertas; 4 actividades de observación para monitorear a las organizaciones subvencionadas; y 2 actividades de mejoramiento profesional.</p> <p>Desarrollo de los siguientes informes y materiales educativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directorio de servicios para la población de personas sin hogar en las Regiones de Aguadilla, Mayagüez y Ponce - Informe de resultados del avalúo de necesidades a organizaciones que sirven a la población de personas sin hogar en las regiones de Ponce y Aguadilla-Mayagüez del Departamento de Salud de Puerto Rico - Hoja Informativa: Su cita médica que hacer antes, durante y después de una cita médica - Una mirada a Puertas Abiertas Folleto para beneficiarios |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Bienestar 1: Fomentando la Salud Integral - Bienestar 2: Fomentando la Salud Integral de los Cuidadores - Bienestar 3: Fomentando los Teleservicios - TECNOVEJEZ 1: Explorando el celular (manual de uso) - TECNOVEJEZ 2: Descarga de aplicaciones recreativas desde el celular (manual de uso) - TECNOVEJEZ 3: Búsqueda en el internet desde el celular (manual de uso) <p>Para lograr este objetivo se tuvo que desarrollar RFA, material educativo y un comité de monitoreo para las organizaciones subvencionadas.</p> |
| Meta 7. Mejorar la respuesta en salud pública y seguridad para reducir las sobredosis por opioides en Puerto Rico, mediante mecanismos dirigidos a fortalecer la puntualidad y calidad | En proceso: Parte de los objetivos fueron completados, pero otros se mantienen en continuación. | Objetivo 7.1 Para el 30 de junio de 2023, conocer el ciclo de tratamiento relacionado a opioides en Puerto Rico mediante el desarrollo e implementación de una radiografía que permita focalizar los | Calificación de cumplimiento sobre servicios financiados (e.g., cantidad de encuestas y cuestionarios desarrollados, cantidad de personas y/o entidades | 70 | 100 | 142.9% | Completado: Se entregó el proyecto realizado por el contratista, entregando un informe que resume lo estipulado en contrato y a la población objetivo. La población beneficiada fue las personas con Trastorno por Uso de Opioides (TUO). A partir de los resultados de este informe se tuvo en cuenta una revisión exhaustiva por parte del equipo, para la identificación de |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO | |
|--|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|--|
| | | | KPI propuesta | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | | |
| de datos, estandarizar los procesos de recopilación de datos de morbilidad y mortalidad, así como caracterizar la situación de opioides en varias poblaciones y escenario identificados como de alto riesgo. | | esfuerzos de tratamiento en poblaciones a riesgo por mal uso, abuso, dependencia y trastorno por uso de opioides para mitigar la situación en Puerto Rico. | alcanzadas, resultados preliminares sometidos, satisfacción con los servicios ofrecidos). | | | | información relevante en la aplicabilidad de esfuerzos del programa. Se dio seguimiento y revisión constante para el cumplimiento con el objetivo. El producto se completó. | |
| | | | Cantidad de informes progreso presentados y revisados. | 2 | 2 | 100.0% | | |
| | | | Cantidad de entregables presentados. | 2 | 2 | 100.0% | | |
| | | | Entrega de informe de progreso final. | 1 | 1 | 100.0% | | |
| | | Objetivo 7.2 Para el 30 de septiembre de 2023, conocer la situación de opioides en Puerto Rico mediante el desarrollo e implementación de una radiografía que permita focalizar los esfuerzos en poblaciones a riesgo | Cantidad de solicitudes (RFPs) recibidas y evaluadas. | 1 | 1 | 100.0% | | En demora: Se logró oficializar el contrato. El contrato fue vigente a finales de agosto, por lo que no se logró completar la implementación a la fecha estipulada. Se proyectó seguir con este objetivo en el próximo plan de trabajo. Este objetivo se logró al 30 de junio de 2024. |
| | | Calificación de cumplimiento sobre servicios financiados (ej., cantidad de encuestas y cuestionarios desarrollados, | 70 | 25 | 35.7% | | | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | por mal uso, abuso, dependencia y trastorno por uso de opioides para mitigar la situación en Puerto Rico. | cantidad de personas y/o entidades alcanzadas, resultados preliminares sometidos, satisfacción con los servicios ofrecidos). | | | | |
| | | | Cantidad de informes progreso presentados y revisados. | 2 | 0 | 0.0% | |
| | | | Cantidad de entregables presentados. | 2 | 1 | 50.0% | |
| | | Objetivo 7.3 Para el 30 de septiembre de 2023, conocer la situación de opioides en Puerto Rico mediante el desarrollo e implementación del estudio sobre calidad de servicios en población correccional con uso, | Calificación de cumplimiento sobre servicios financiados (ej., cantidad de encuestas y cuestionarios desarrollados, cantidad de personas y/o entidades alcanzadas, | 70 | 70 | 100.0% | En demora: Se logró extender la vigencia del contrato. Se extendió la fecha de implementación, por lo que no se logró completarlo a la fecha estipulada, por parte del contratista. Se proyectó seguir con este objetivo en el próximo plan de trabajo. A junio de 2024 este objetivo había sido completado. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | mal uso, abuso, dependencia o Trastorno por Uso de Opioides con el fin de focalizar esfuerzos que permitan mitigar la situación en Puerto Rico. | resultados preliminares sometidos, satisfacción con los servicios ofrecidos). | | | | |
| | | | Cantidad de informes progreso presentados y revisados. | 2 | 1 | 50.0% | |
| | | | Cantidad de entregables presentados. | 2 | 0 | 0.0% | |
| | | Objetivo 7.4 Para el 31 de diciembre de 2023, ampliar el conocimiento de la situación de opioides en Puerto Rico mediante la continuación de estudios/radiografías de mayor alcance basados en los resultados previos con el fin de focalizar los esfuerzos en | Cantidad de entidades a quienes se les compartió la guía. | --- | --- | --- | Cancelado: Este objetivo fue cancelado, debido a la continuidad de los esfuerzos a través de otros objetivos. |
| | | | Cantidad de indicadores identificados para medir éxito. | --- | --- | --- | |
| | | | Cantidad de acuerdos firmados. | --- | --- | --- | |
| | | | Cantidad de fondos transferidos. | --- | --- | --- | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | poblaciones a riesgo por mal uso, abuso, dependencia y trastorno por uso de opioides para mitigar la situación en Puerto Rico. | Cantidad de informes de progreso presentados y revisados. | --- | --- | --- | |
| | | | Cantidad de entregables presentados. | --- | --- | --- | |
| | | Objetivo 7.5 Para el 31 de agosto de 2023, haber maximizado los esfuerzos de puntualidad, calidad y estandarización de la recopilación de datos a través del Sistema de Vigilancia de Sobredosis de Puerto Rico (PROSS, por sus siglas en inglés) mediante la colaboración con entidades enfocadas en la intervención de | Instrumentos de monitoreo/ seguimiento de alianzas utilizados. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se hizo una integración con ASSMCA ¹³ para la implementación de un cuestionario biopsicosocial único para uso de ambas entidades. Se logró completar lo establecido. La población beneficiada fue las personas con Trastorno por Uso de Opioides (TUO) y personal que trabaja con la Problemática de Uso de Sustancias. Se adapta el panorama, ya que se acuerda que ASSMCA recogerá datos de eventos de sobredosis en escenario de comunidad, primera respuesta, corrección y seguridad pública. Salud se encargaría de |
| | | | Número de reuniones de seguimiento. | 4 | 4 | 100.0% | |
| | | | Número de acuerdos de colaboración por unidades/entre agencias/DS con entidades externas. | 10 | 19 | 190.0% | |

¹³ Administración de Servicios de Salud y Contra la Adicción

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | personas con trastornos de uso de opioides, con al menos 10 colaboradores. | | | | | eventos de sobredosis en salas de emergencia y sobredosis fatales a través de ICF ¹⁴ . Al ser adaptada la colaboración, no fue necesario establecer las diez (10) colaboraciones, aunque durante el proceso de integración se logró al menos 19 colaboraciones. |
| | | Objetivo 7.6 Para el 31 de agosto de 2023, establecer al menos tres (3) colaboraciones nuevas con entidades gubernamentales o privadas a través de la implementación de esfuerzos de vigilancia, prevención para contribuir a prevenir episodios y muertes asociadas a sobredosis por | Número evaluaciones/ estudios enfocados en las necesidades de la población y los retos contextuales. | 3 | 4 | 133.3% | Completado: Se logró colaboración con al menos cuatro (4) organizaciones nuevas. Todo se logró. La población beneficiada fue las personas con Trastorno por Uso de Opioides (TUO). Como cambios en el proceso, se comenzaron a realizar visitas presenciales con las organizaciones. Se dio seguimiento continuo para el logro del objetivo. El objetivo se completó tal y como se estipuló. |
| | | Tipo y número de cambios elaborados según las evaluaciones/ estudios realizados a la herramienta. | 1 | 1 | 100.0% | | |

¹⁴ Instituto de Ciencias Forenses

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | opioides en áreas de alto riesgo. | | | | | |
| Meta 8. Desde una perspectiva de equidad en salud, propiciar el acceso y adherencia al tratamiento de la población con uso, mal uso, abuso y trastorno por uso de opioides a través de colaboraciones entre los diversos actores del sistema de salud (gobierno estatal, sector de salud, entidades, organizaciones, comunidades, entre otros), así como mecanismos | En proceso: Aunque el objetivo 8.2 fue cancelado, los otros objetivos fueron completados según establecido. | Objetivo 8.1 Para el 31 de diciembre de 2023, propiciar la ampliación del alcance a servicios de salud de calidad enfocados en opioides mediante el establecimiento de al menos dos colaboraciones con entidades pertinentes para promover el acceso a tratamiento y servicios integrados especializados en salud a la población con mal uso, abuso, dependencia y | Cantidad de planes desarrollados. | 1 | 1 | 100.0% | En proceso: Se logró el desarrollo de la Guía de telesalud, Formalización de MOU ¹⁵ con ASSMCA ¹⁶ para la implementación o expansión de programas de tratamiento de opioides y primera transferencia de los fondos asociados al MOU. Se logró completar segunda transferencia de los fondos al MOU con ASSMCA. La población beneficiada fue las personas con Trastorno por Uso de Opioides (TUO). El objetivo no se pudo lograr según el tiempo determinado debido a la burocracia interna. Como medida se dio seguimiento al personal y oficinas pertinentes para el cumplimiento de estos objetivos. El objetivo se cumplió del 30 de junio de 2024. |
| | | | Cantidad de bases de datos recibidas. | 3 | 3 | 100.0% | |
| | | | Cantidad de acuerdos firmados. | 1 | 3 | 300.0% | |
| | | | Propuesta recibida con detalles sobre necesidad de la entidad y uso de fondos. | 3 | 3 | 100.0% | |
| | | | Cantidad de acuerdos desarrollados. | 1 | 3 | 300.0% | |

¹⁵ Memorandum of Understanding (Memorándum de entendimiento).

¹⁶ Administración de Servicios de Salud y Contra la Adicción

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO | |
|---|----------------------|--|---|------------------|-------------------|--------------|-----------------------|---|
| | | | KPI propuesta | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | | |
| innovadores para la vinculación de pacientes al cuidado/tratamiento, para promoverle una mejor calidad de vida. | | trastorno por uso de opioides. | Cantidad de informes de progreso presentados y revisados. | 3 | 1 | 33.3% | | |
| | | | Cantidad de entregables presentados. | 3 | 1 | 33.3% | | |
| | | Objetivo 8.2 Para el 31 de diciembre de 2023, propiciar esfuerzos que permitan manejar la situación de opioides mediante el establecimiento de al menos dos colaboraciones con entidades pertinentes para aumentar el conocimiento relacionado a factores de riesgos que | Cantidad de solicitudes (RFPs) recibidas y evaluadas. | --- | --- | --- | | Cancelado: ORS ¹⁷ : Se firmó un acuerdo colaborativo Bases de datos PDMP ¹⁸ : Se continuó con el MOU ¹⁹ de intercambio de datos con ASSMCA. MOU para transferencia de fondos a ICF (no se logró formalizar a este tiempo). Se logró mediante reuniones consecutivas. |
| | | Calificación de cumplimiento sobre servicios financiados (ej., cantidad de encuestas y cuestionarios desarrollados, cantidad de | --- | --- | --- | | | |

¹⁷ *Overdose Response Strategy*

¹⁸ Prescription Drug Monitoring Program

¹⁹ *Memorandum of Understanding* (Memorándum de entendimiento).

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | propician sobredosis y muerte en la población con mal uso, abuso, dependencia y trastorno por uso de opioides. | personas y/o entidades alcanzadas, resultados preliminares sometidos, satisfacción con los servicios ofrecidos). | | | | |
| | | | Cantidad de entregables presentados. | --- | --- | --- | |
| | | Objetivo 8.3 Para mayo 2023, haber iniciado el desarrollo de un mecanismo centralizado para proveer información a la ciudadanía sobre servicios disponibles, tratamientos, oportunidades de apoyo comunitario, entre otros. | Número de acuerdos de colaboración por unidades/entre agencias/DS con entidades externas. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se logró el desarrollo portal de servicios para tratamiento. Todo se logró. La población beneficiada fue las personas con Trastorno por Uso de Opioides (TUO) y profesionales que trabajan con la población. Se logró mediante un enlace en la plataforma de ArcGIS. |
| | | | Número de actividades en cumplimiento y alineados con el RFA. | --- | --- | --- | |
| | | | Cantidad de procesos evaluativos llevados a cabo. | 1 | 1 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 9. Aumentar conocimiento de la población en temas de opioides, así como fortalecer capacidades de manejo en los profesionales de la salud para prevenir sobredosis fatales y no fatales en las regiones de salud. | Completada: Todos los objetivos fueron completados. | Objetivo 9.1 Para el 31 de diciembre de 2023, implementar una campaña publicitaria con propósito educativo que propicie el conocimiento y educación pública, en las regiones de salud, sobre temas relacionados a los opioides, tales como su uso, prevención de sobredosis, estigma, entre otros, con el fin de mitigar el mal uso, abuso, dependencia y Trastorno por Uso de Opioides. | Cantidad de solicitudes (RFPs) recibidas y evaluadas. | --- | --- | --- | Cancelado: Este objetivo fue cancelado. Se reestructuró y redirigió para realizar la Serie Educativa: 1, 2, 3 Opioides. Este objetivo fue cancelado. Este esfuerzo comenzó en agosto 2023. |
| | | | Calificación de cumplimiento sobre servicios financiados (ej., cantidad de encuestas y cuestionarios desarrollados, cantidad de personas y/o entidades alcanzadas, resultados preliminares sometidos, satisfacción con los servicios ofrecidos). | --- | --- | --- | |
| | | Cantidad de entregables presentados. | --- | --- | --- | | |
| | | Objetivo 9.2 Para el 31 de diciembre de 2023, continuar los | Número instrumentos de recopilación de datos utilizados. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se completó la configuración y diseminación en la página web del PROD. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | procesos de expansión del <i>Puerto Rico Opioid Dashboard</i> (PROD) para asegurar su funcionalidad, mantenimiento y operación mediante la integración de esfuerzos con el Proyecto <i>Overdose Data to Action</i> (OD2A) con el fin de promover la disponibilidad y acceso a datos e información estadística relacionados a la situación de opioides en Puerto Rico. | Número/Tipo de stakeholders. | 5 | 5 | 100.0% | Se completó mediante la contratación de la compañía desarrolladora de <i>Dashboards</i> . |
| | | | Porcentaje (%) de consultas a stakeholders. | 5 | 5 | 100.0% | |
| | | | Porcentaje (%) de stakeholders clave, participantes del proceso de recopilación, análisis y uso de los datos. | 5 | 5 | 100.0% | |
| | | | Número evaluaciones/ estudios enfocados en las necesidades de la población y los retos contextuales. | --- | --- | --- | |
| | | Objetivo 9.3 Para el 31 de agosto de 2023, continuar la recopilación de datos de eventos de sobredosis no fatales de forma puntual, efectiva y tomando en consideración los | Número de reportes elaborados. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se logró que las entidades con las que se establecieron las colaboraciones compartieran datos de eventos de sobredosis, recuperados de las actividades de alcance comunitario. Se completó mediante acuerdos colaborativos, la creación de una |
| | | | Número de reportes disseminados entre la población con información | 1 | 1 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | <p>criterios establecidos en el protocolo de PROSS.</p> | <p>sobre estadísticas de salud.</p> | | | | <p>herramienta en <i>Survey 123</i> y el trabajo de alcance comunitario.</p> |
| | | | <p>Número de actualizaciones realizadas.</p> | 2 | 2 | 100.0% | |
| | | <p>Objetivo 9.4 Para el 31 de agosto de 2023, continuar identificando eventos de sobredosis no fatales y áreas impactadas a través del cuestionario biopsicosocial, para el desarrollo de reportes mensuales que incluyan análisis cualitativos y cuantitativos que permitan continuar levantando datos respecto al uso de opioides.</p> | <p>Número de actividades educativas coordinadas.</p> | 10 | 10 | 100.0% | <p>Completado: Se logró mediante la plataforma <i>ArcGIS Insight</i> la creación de reportes y visualizaciones a través del cuestionario biopsicosocial. Se estableció contrato con GMT para la adquisición de licencias y asistencia técnica.</p> |
| | | | <p>Número de recursos/ herramientas/ adiestramientos impartidos a la comunidad.</p> | 1 | 1 | 100.0% | |
| | | | <p>Número de herramientas de educativas diseminadas e implementadas.</p> | 1 | 1 | 100.0% | |
| | | <p>Objetivo 9.5 Para el 31 de agosto del 2023, continuar la capacitación a proveedores de servicios de salud sobre prevención de</p> | <p>Número de actividades educativas coordinadas.</p> | 4 | 4 | 100.0% | <p>Completado: Se logró la creación y difusión de los materiales educativos relacionados a los temas expuestos en el Plan de Trabajo. Se logró mediante la contratación de una compañía editora.</p> |
| | | | <p>Número de recursos/ herramientas/</p> | 1 | 1 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesta | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | sobredosis, y otros temas afines, para apoyar los esfuerzos educativos sobre el trastorno por uso de sustancias, a través de la difusión de al menos 36 recursos educativos realizados por OD2A. | adiestramientos impartidos a la comunidad. | | | | |
| | | | Número de herramientas de educativas diseminadas e implementadas. | 1 | 1 | 100.0% | |
| Meta 10. Empoderar a las comunidades rurales y urbanas mediante la planificación y coordinación integrada de esfuerzos de desarrollo, fortalecimiento y mejora para abordar la problemática de opioides en Puerto Rico desde una | Completada: Aunque un objetivo se canceló y otro estuvo en proceso, la meta se completó, ya que se logró empoderar a las comunidades rurales con los objetivos que se completaron. | Objetivo 10.1 A partir de febrero 2023, comenzar el desarrollo de un programa de planificación comunitaria regional y hospitales para promover la identificación de poblaciones y áreas con mayor necesidad de servicios de intervención. | Número de recursos/ herramientas/ adiestramientos desarrollados. | 2 | 3 | 150.0% | En proceso: Se desarrolló un piloto en una región de salud para el manejo de caso y referidos. Luego, con la otorgación de OD2A ²⁰ 2.0 se comenzó el andamiaje para el programa de navegadores. Además, se realizaron reuniones con el HURRA ²¹ para este esfuerzo. No se logró un MOU con una de las colaboraciones, pero se promovió el espacio para la ampliación de servicios en varias instancias. |

²⁰ Overdose Data to Action

²¹ Hospital Universitario Dr. Ramón Ruiz Arnau

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|----------------------|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| perspectiva de equidad en salud, con atención a la prevención de sobredosis por opioides. | | Objetivo 10.2 Para el 31 de marzo del 2023, haber integrado la colaboración comunitaria en la identificación de indicadores claves relacionados a opioides para viabilizar su monitoreo desde el DSPR. | Porcentaje (%) de consultas a stakeholders. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se logró el diseño de las categorías de necesidades a atender y la distribución de áreas a impactar. Gracias a esto, en 2024 se logró elaborar el Plan de Trabajo y Presupuesto Anual. Se realizaron mediante el estudio de necesidades para la incorporación de comentarios a los futuros planes de trabajo y presupuesto anual de los OSA ²² . |
| | | | Porcentaje (%) de stakeholders clave, participantes del proceso de recopilación, análisis y uso de los datos. % de participación de encuestas o consulta para conocer la satisfacción de la población. | 133 | 70 | 52.6% | |
| | | | Porcentaje (%) de stakeholders clave, participantes del proceso de recopilación, análisis y uso de los datos. | 133 | 70 | 52.6% | |

²² Opioids Settlement Agreements

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | Porcentaje (%) participación en encuestas sobre servicios financiados por nuevas fuentes implementadas. | --- | --- | --- | |
| | | <p>Objetivo 10.3 Para el 31 de agosto de 2023, continuar la implementación de esfuerzos que permitan desarrollar, fortalecer y mejorar las capacidades de las comunidades en la prevención de sobredosis por opioides en áreas de alto riesgo, mediante la otorgación de al menos tres (3) oportunidades de financiamiento a organizaciones de base comunitaria.</p> | Número de herramientas de disseminación y visualización de datos / (ej. <i>Dashboard</i> , <i>Scorecards</i> , informes, etc.). | 3 | 6 | 200.0% | <p>Completado: Se logró la elaboración del <i>Request for Proposal</i> (RFP) y la evaluación y aprobación de las propuestas recibidas. Se completó mediante los <i>Minigrants</i> de OD2A al cierre de proyecto.</p> |
| | | <p>Objetivo 10.4 Para el 31 de agosto de 2023, asegurar la sustentabilidad en las</p> | Número de políticas/ protocolos implementados. | --- | --- | --- | <p>Cancelado: Este objetivo fue cancelado debido a la necesidad de redirigir fondos a esfuerzos apremiantes.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | funcionalidades, mantenimiento y operaciones del <i>Puerto Rico Opioids Dashboard</i> (PROD) para apoyar los esfuerzos educativos sobre el trastorno por uso de sustancias, a través de la colaboración con el Programa Estatal de Respuesta a Sobredosis de Opioides y Necesidades Asociadas (PERSONA). | Número de esfuerzos participativos implementados. | --- | --- | --- | Se realizaron esfuerzos para garantizar el funcionamiento del <i>Puerto Rico Opioids Dashboard</i> (PROD), se ha identificó transferir la plataforma al <i>cloud</i> del DSPR, conforme a la política de que toda plataforma esté bajo la custodia de la agencia, así como la customización y mantenimiento de la plataforma. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, esta transferencia no ocurrió. |
| | | Objetivo 10.5 Para el 31 de agosto de 2023, desarrollar al menos un (1) instrumento de política pública que promueva el diálogo y la integración de esfuerzos con colaboradores para | Número de acuerdos de colaboración por unidades/entre agencias/DS con entidades externas. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se logró el desarrollo y publicación de la Orden Administrativa 577, la que se completó el 28 de agosto de 2023. Se logró mediante la realización de mesas de trabajo con expertos para la obtención del borrador final que fue aprobado por la división de asesores legales. |
| | | | Número de adiestramientos impartidos. | --- | --- | --- | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|-----------------------|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | mitigar la situación de opioides en Puerto Rico, mediante la colaboración del Equipo Apoyo <i>Puerto Rico Opioids Settlement</i> (EA-PROS). | Número de reuniones de seguimiento. | 3 | 3 | 100.0% | |
| | | | Número instrumentos de recopilación de datos utilizados. | --- | --- | --- | |

Para el año 2023, la Oficina de Planificación y Desarrollo tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (10): 3 completadas (30.0%), y 7 en proceso (70.0%).
- Objetivos (56): 29 completados (51.8%), 16 en proceso (28.6%), 2 en demora (3.6%), 5 sin comenzar (8.9%), y 4 cancelados (7.1%).

III. Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral

1. Descripción: Esta Secretaría busca promover el bienestar pleno, enfocando en el mantenimiento y fomento de la salud. También, promueve medidas preventivas de manera que se contribuya a tener individuos, familias y comunidades saludables abarcando el entorno social, cultural, político y económico, mediante prácticas de salud enfocadas tanto en el bienestar físico, mental y social. Sera prioridad el apoyo de políticas públicas que propicien y garanticen la salud y bienestar, la maximización de los recursos y las mejores prácticas de salud pública que promuevan la equidad y el acceso a la atención de salud. En esta Secretaría se integran las siguientes divisiones: División de Salud Integral y Bienestar Comunitario; División de Salud Familiar e Infantil; División de Rehabilitación Integral y Vida Independiente; División de Prevención y Control de Enfermedades.

2. Persona Contacto: Dra. Marilú Cintrón Casado, Secretaria Auxiliar; marilu.cintron@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 4535, 4539

Nota: A tenor con la OA 2023-578, las funciones de la Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la Salud pasaron a integrarse bajo la nueva Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral a partir del 1ro. de septiembre de 2023. Por su parte, las funciones del otrora Programa de Vacunación -ahora División de Vacunación- pasaron a la nueva Secretaría Auxiliar para la Vigilancia y Protección de la Salud Pública.

3. Tabla resumen del Informe de Resultados 2023

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Aumentar el acceso a servicios esenciales de salud y apoyo relacionados a poblaciones vulneradas. | En proceso: Durante el año 2023, ciertamente ha habido un incremento en la provisión de servicios esenciales y apoyo relacionado a poblaciones vulneradas brindados por el Departamento de Salud de Puerto Rico. Destacamos: el establecimiento del Centro para la | Objetivo 1.1 Entre el 01/2023 a 12/2023, establecer el Centro para la Coordinación de Servicios a Personas Afectadas con la Enfermedad de Alzheimer, Huntington y Otras Demencias. | Número de programas implantados para población vulneradas. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Para este periodo el Centro logró el reclutamiento de 7/8 personas (88%) de los recursos propuesto (fase 1). Se logró la revisión y publicación del nuevo reglamento de la ley 13 de 1998 del Centro (fase 2). Además, se realizó un análisis de las necesidades de los cuidadores de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. (Fase 2). Y se identificó a 780 instituciones, organizaciones y facilidades. dedicadas a proveer servicios para las personas con Alzheimer y añadirlas al |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | Coordinación de Servicios a Personas Afectadas con la Enfermedad de Alzheimer, Huntington y Otras Demencias; los avances significativos relacionados al Plan Decenal de Envejecimiento Saludable; y, la implementación de campañas mediáticas para la prevención primaria de violencia sexual dirigidas a poblaciones vulnerables en Puerto Rico. A pesar de ello, la meta se encuentra en proceso debido a la falta de consecución de | | | | | | archivo Público (Fase 2). En relación con la implementación de servicios se logró ofrecer 64 actividades a la comunidad que se distribuyen en 38 intervenciones comunitarias, 13 sesiones educativas virtuales y 13 grupos de apoyo virtuales. Por último, se implementó el modelo de CDC de evaluación desarrollando modelo lógico, plan de evaluación e informes de evaluación para la toma de decisiones basadas en datos. Se llevó a cabo un plan de trabajo con cuatro fases. Las fases fueron: <ol style="list-style-type: none"> 1. Reclutamiento del Personal; 2. Planificación de los Servicios del Centro; 3. Implementación de los Servicios; y, 4. Evaluación. |
| | | Objetivo 1.2 Entre el 01/2023 a 12/2023, liderar trabajos relacionados | Número de actividades realizadas (por tiempo). | 8 | 10 | 125.0% | Completado: El PDES ²³ pretende atender a los adultos mayores y fomentar acciones que redunden en beneficios para que |

²³ Plan Decenal para el Envejecimiento Saludable

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|--|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | métricas relacionadas a los objetivos. | a la implementación del Plan Decenal para el Envejecimiento Saludable para Puerto Rico 2021-2030. | Porcentaje (%) de participación en el desarrollo del plan acción para atender las necesidades de la población. | 80 | 100 | 125.0% | esta y las próximas generaciones puedan envejecer saludablemente. El PDES fue desarrollado en el 2023 y publicado en mayo 2024. La Sección de Envejecimiento Saludable del Departamento de Salud ha realizado diversos esfuerzos durante el periodo para promover la implementación de las estrategias estipuladas en el Plan Decenal de Envejecimiento Saludable (PDES) para Puerto Rico. Esto ha requerido la colaboración de diversos sectores de la sociedad, incluyendo colaboradores internos del Departamento de Salud y otras dependencias o entidades a través de reuniones, identificación de áreas de colaboración y la implementación de iniciativas que aborden las áreas de acción del PDES. El Plan de Envejecimiento Saludable para Puerto Rico (PDES) es un plan que responde a la Década de Envejecimiento Saludable declarada en 2020, por la Asamblea General de las Naciones Unidas como la principal estrategia para construir una sociedad para todas las edades. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lidera la agenda |
| | | | Porcentaje (%) de implementación en el desarrollo del plan de acción para atender las necesidades de la población. | 5 | 0 | 0.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | concertada de la Década de Envejecimiento Saludable 2021-2030 en las Américas y su plan consiste en cuatro (4) áreas de acción. En Puerto Rico, se incluyó una quinta (5) área de acción: el monitoreo y evaluación del PDES. El decenio propone que los países diseñen estrategias que atiendan el envejecimiento poblacional para mejorar la calidad de vida a través del curso de vida. Asimismo, reconoce la relevancia y valor de desarrollar un Plan Decenal que integre las aportaciones de diferentes sectores que contribuyan a construir una sociedad para todas las edades. |
| | | Objetivo 1.3 Entre el 01/2023 a 12/2023, proveer medicamentos aprobados por la FDA a 8,000 personas con diagnóstico positivo a VIH en cualquiera de | Cantidad de medicamentos proporcionados. | 8,000 | 8,000 | 100.0% | Completado: De enero a diciembre 2023, el Programa Ryan White Parte B/ADAP, a través de ADAP ²⁴ , ofreció servicios a 8,011 personas con diagnóstico de VIH que recibieron al menos un medicamento subvencionado por este fondo o asistencia en copagos |

²⁴ AIDS Drugs Assistance Program

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | <p>sus etapas que sean elegibles al Programa ADAP (<i>AIDS Drugs Assistance Program</i>) como pagador de último recurso.</p> | | | | | <p>para los medicamentos antirretrovirales de VIH. De estas, 7,642 recibieron al menos un medicamento subvencionado por el Programa Ryan White, de los medicamentos de categoría I, II, y III; mientras que 199 pacientes con plan médico privado recibieron al menos un servicio de copago para sus medicamentos de VIH. Se logró cumplir con el objetivo establecido a diciembre 2023.</p> <p>No se presentaron cambios significativos en la unidad, personal o procesos como resultado de este objetivo. No se implementaron procedimientos adicionales específicos para el seguimiento y cumplimiento de este objetivo, se continuaron utilizando los métodos establecidos previamente para monitorear y evaluar el progreso del mismo. El objetivo se completó tal y como se propuso en el Plan de Trabajo 2023.</p> |
| | | <p>Objetivo 1.4 Entre el 01/2023 a 12/2023, el 85% de las personas con diagnóstico positivo a</p> | <p>Porcentaje (%) de personas con diagnóstico positivo a VIH que alcanzaron la</p> | 85 | 91 | 107.1% | <p>Completado: A diciembre de 2023, el 91% de las personas con diagnóstico positivo a VIH, que recibieron servicios de tratamiento en los Centros de</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | VIH ²⁵ , que reciben servicios de tratamiento en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud, alcancen la supresión de carga viral de VIH. | supresión de carga viral. | | | | Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud, alcanzaron la supresión de carga viral de VIH. Se logró cumplir con el objetivo sobrepasando el objetivo propuesto. Las personas con diagnóstico positivo a VIH que recibieron servicios de tratamiento en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud se beneficiaron de estos resultados. No se presentaron cambios significativos en la unidad, personal o procesos como resultado de este objetivo. No se implementaron procedimientos adicionales específicos para el seguimiento y cumplimiento de este objetivo, se continuaron utilizando los métodos establecidos previamente para monitorear y evaluar el progreso del mismo. El objetivo se completó tal y |

²⁵ Virus de la Inmunodeficiencia Humana

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | como se propuso en el Plan de Trabajo 2023. |
| | | Objetivo 1.5 Entre el 01/2023 a 12/2023, aumentar el número de adolescentes y jóvenes con necesidades médicas especiales que reciben servicios y apoyo para la transición del cuidado pediátrico a cuidado de adulto. | Número de participantes por actividad. | 185 | 249 | 134.6% | En proceso: Durante el año natural 2023, 249 jóvenes con necesidades médicas especiales recibieron servicios y apoyos para la transición del cuidado médico pediátrico al cuidado médico adulto. A pesar de que se observó un aumento en cantidad de jóvenes con necesidades médicas especiales que recibieron servicios y apoyos para la transición del cuidado médico pediátrico al cuidado médico adulto durante el año natural 2023; no se logró identificar especialistas de cuidado médico de adultos que atienden la población con necesidades médicas especiales a todos los jóvenes en transición. La población beneficiada fueron jóvenes de 14 y 21 años con necesidades médicas especiales y sus familias. En comparación con el año natural 2022, se observó un aumento en la cantidad de jóvenes de 14 y 21 años con necesidades médicas especiales que recibieron los apoyos necesarios para la transición del cuidado médico pediátrico al cuidado médico adulto. |
| | | Número de empleados adiestrados. | --- | --- | --- | | |
| | | Número de actividades realizadas (por tiempo). | --- | --- | --- | | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | La Sección de Niños con Necesidades Médicas Especiales (SNNME) ha establecido como prioridad en la propuesta de Título V aumentar el número de jóvenes de 14 y 21 años con necesidades médicas especiales que reciben los apoyos necesarios para la transición del cuidado médico pediátrico al cuidado médico adulto. Al ser un área de prioridad establecida como parte de la propuesta de Título V, se continuará monitoreando el indicador para evaluar el cumplimiento con el objetivo. El objetivo se completó tal y como se propuso en el Plan de Trabajo 2023. Se observó un aumento porcentual de 35% en la cantidad de jóvenes de 14 y 21 años con necesidades médicas especiales que recibieron servicios de apoyo para la transición al cuidado médico de adulto (185 vs. 249). |
| | | Objetivo 1.6 Entre el 01/2023 a 12/2023, aumentar el número de niños a los que se le administra los | Porcentaje (%) de uso evaluación/estudio de necesidades de poblaciones vulneradas. | 481 | 390 | 81.1% | En proceso: En el 2023, 390 niños recibieron una evaluación diagnóstica de TEA (Trastorno del Espectro Autista) antes de los 36 meses de edad. Entre el año natural 2022 y 2023, no se logró un |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | cernimientos del TEA antes de los 36 meses de edad | | | | | <p>aumento en el número de niños que recibieron una evaluación diagnóstica de TEA antes de los 36 meses de edad. No se obtuvieron los resultados esperados debido a limitaciones de personal en los Centros Pediátricos. La población beneficiada fueron niños con sospecha de TEA de 0 a 36 meses de edad y sus familias.</p> <p>Debido a la limitación de proveedores que pueden administrar evaluaciones de TEA en los Centros Pediátricos, la cantidad de niños en lista de espera para recibir diagnósticos aumentó durante el año. Como parte del plan de trabajo 2024-2025, se revisará el Protocolo Uniforme para el Diagnóstico de TEA y otra documentación relacionada que se utiliza en los Centros Pediátricos. Con las estrategias incluidas en el plan de acción de la Sección de Niños con Necesidades Médicas Especiales (SNNME), se espera poder reducir las listas de espera y aumentar en el número de niños que reciben una evaluación diagnóstica de TEA antes de los 36 meses de edad.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Objetivo 1.7 Entre el 01/2023 a 09/2023, aumentar al 80.9% de mujeres que reciben una visita médica preventiva anual (Línea de base Encuesta Sobre Factores de Conductas de Riesgos, 2018: 78,7%). | Cantidad de personas impactadas por día/actividad. | 89,416 | 89,416 | 100.0% | En proceso: El resultado fue de 70.8% (Encuesta BRFS). El objetivo no se logró, estuvo 10.1% por debajo de lo esperado. Las poblaciones que se beneficiaron con los servicios fueron las mujeres adultas en edad reproductiva (10 a 54 años) y mujeres adultas de 55 años o más. Las razones para no alcanzar este objetivo son multifactoriales. La reducción de servicios de apoyo en el sistema de salud por pérdida de recursos esenciales (migración de médicos y enfermeras a EEUU), por solo mencionar uno de los principales factores. Como medida para lograr el objetivo, se ha considerado reforzar las actividades educativas a la población para reducir las conductas de riesgo y reforzar los hábitos protectores para prevenir las condiciones de salud que las afectan. Luego de considerar los recursos disponibles y las actividades y servicios proyectados a proveer en el próximo año, replantearemos los objetivos para hacerlos más reales, partiendo de los factores que están afectando su logro. |
| | Número de actividades realizadas (por tiempo). | | 168,605 | 168,605 | 100.0% | | |
| | Número de informes/ brochures/ infográficos entre otros recursos virtuales diseminados entre la población con información sobre estadísticas de salud. | | 4,048 | 4,048 | 100.0% | | |
| | Número de MOU's por unidades del DSPR. | | 3 | 3 | 100.0% | | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Objetivo 1.8 Entre el 01/2023 a 12/2023, aumentar al 73.7% de adolescentes 12 a 17 años con visita médica preventiva en el último año (línea de base Encuesta sobre Factores de Conductas de Riesgo, 2019, Puerto Rico: 72,3%). | Cantidad de personas impactadas por día/actividad. | 28,837 | 28,837 | 100.0% | En proceso: El resultado del objetivo fue de un 87.8% (Encuesta BRFS). El objetivo se logró, sobrepasó un 1.8% por encima de lo esperado. Las poblaciones beneficiadas con los servicios fueron las mujeres adolescentes (10 a 21 años). Se desarrollaron talleres y videos promocionales para promocionar la guía de bolsillo de atención preventiva de la WRA, "Mi agenda de salud". Los conceptos erróneos sobre la relevancia de la guía para todos los géneros llevaron a la exclusión de varios estudiantes varones de la participación plena en los talleres, lo que planteó un desafío importante. En consecuencia, se diseñó una nueva guía de bolsillo para personas de todos los géneros de entre 10 y 21 años para alentar la participación. El equipo de trabajo sobre Salud Mental Perinatal ha logrado reunir a representantes de diversas entidades que normalmente no colaboran, lo que les ha permitido aunar recursos para avanzar en los objetivos del grupo. El objetivo se logró, sobrepasó |
| | Número de actividades realizadas (por tiempo). | | 79,294 | 79,294 | 100.0% | | |
| | Número de informes/ brochures/ infográficos entre otros recursos virtuales diseminados entre la población con información sobre estadísticas de salud. | | 3,590 | 3,590 | 100.0% | | |
| | Número de MOU's por unidades del DSPR. | | 3 | 3 | 100.0% | | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|---|------------------|-------------------|---|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | un 1.8% por encima de lo esperado. (resultado: 87.8%) | |
| | | Objetivo 1.9 Entre el 01/2023 a 12/2023, proveer servicios de vivienda permanente, transitoria y de emergencia a personas de bajos ingresos económicos que presenten un diagnóstico positivo a VIH o SIDA y sus familiares. | Número de acuerdos de colaboración por unidades/entre agencias/DS con entidades externas. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Un total de trescientos diez y siete (317) participantes con diagnóstico positivo a VIH y sus familiares se beneficiaron de servicios de vivienda y seis cientos sesenta y ocho (668) participantes con diagnóstico positivo a VIH y sus familiares se beneficiaron de servicios de apoyo. En vivienda transitoria y/o temporera por 24 meses con servicios de apoyo hubo un 10.69% inestables. Las poblaciones beneficiadas, fueron las personas con diagnóstico positivo a VIH o SIDA en riesgo de perder la vivienda o sin hogar. Los resultados obtenidos se alcanzaron mediante varias estrategias: se brindaron adiestramientos para actualizar a todos los proveedores (municipios y/o organizaciones) sobre nuevas políticas y procedimientos. Además, se realizaron cambios en los formatos de facturación por parte de los proveedores. En efecto, el objetivo se completó como propuesto en el Plan de Trabajo 2023. |
| | Cantidad de personas impactadas por día/actividad. | 827 | 985 | 119.1% | | | |
| | Número de participantes por actividad. | 132 | 112 | 84.9% | | | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO | |
|-------------------|----------------------|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | | |
| | | Objetivo 1.10 Entre el periodo del 03/2023 al 02/2024 proveer intervenciones basadas en evidencia entre poblaciones vulnerables para disminuir en al menos un 5% los comportamientos de riesgo entre las personas con VIH y/o a riesgo de infección con VIH. | Número de programas implantados para población vulneradas. | 6 | 8 | 133.3% | Completado: Con la implementación de las múltiples actividades basadas en evidencia se beneficiaron poblaciones vulnerables que buscaron servicios de prevención en escenarios clínicos y no-clínicos en las diferentes regiones de salud. En la División se reforzaron los servicios directos tanto en escenarios clínicos, como no-clínicos. Se incluyeron apoyo a colaboradores externos para ampliar la gama de servicios y escenarios ofreciendo los mismos. | |
| | | Número de participantes por actividad. | 2,084 | 2,084 | 100.0% | | | |
| | | Número de acuerdos de colaboración por unidades/entre agencias/DS con entidades externas. | 6 | 6 | 100.0% | | | |
| | | Número de participantes por actividad. | 80 | 100 | 125.0% | | | |
| | | Número de participantes por actividad. | 80 | 94 | 117.5% | | | |
| | | Objetivo 1.11 Entre el 01/2023 a 06/2023, desarrollar un plan estratégico para el manejo y control del asma en PR actualizado de acuerdo con las | Número de actividades realizadas (por tiempo). | 1 | 1 | 100.0% | | Completado: El Plan estratégico para el manejo y control del Asma en PR actual es desde el año 2021 al 2025. En este periodo se llevó a cabo con éxito el plan de trabajo propuesto para este periodo. Enlace Plan estratégico: |
| | | | | | | | | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | necesidades identificadas y recursos disponibles. | | | | | https://www.salud.pr.gov/menuInst/download/1234 La Unidad de Manejo y Control del Asma brinda diversos servicios educativos con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que viven con asma en Puerto Rico y mantiene un sistema de vigilancia de esta enfermedad. |
| | | Objetivo 1.12 Entre el 01/2023 a 06/2023, mantener a los CAVV-CIMVAS en cumplimiento con la Ley 158 de 2013 y encaminarlos al cumplimiento de los estándares del <i>National Children's Alliance</i> (NCA) para la acreditación como "Child Advocacy Center". | Número de actividades realizadas (por tiempo). | 112 | 112 | 100.0% | Completado: <u>Estándar 1, Equipos Multidisciplinarios:</u> Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV) y Centros de Servicios Integrados para Menores Víctimas de Abuso Sexual (CIMVAS) cuenta con dos equipos en Mayagüez-Aguadilla y Fajardo, con 21 reuniones realizadas en 2023. <u>Estándar 2, Acceso a los Servicios:</u> Se gestionaron 185 referidos del Departamento de la Familia, Justicia y la Policía de Puerto Rico. <u>Estándar 3, Entrevistas Forenses:</u> Se realizaron 543 entrevistas forenses y 72 informes periciales en 2023. <u>Estándar 4, Apoyo a la Víctima:</u> Entre enero y junio de 2023, se realizaron 299 intervenciones de apoyo a víctimas y sus familiares. |
| | | | Desarrollo de competencias en la fuerza laboral sobre equidad. | --- | --- | --- | |
| | | | Cantidad de personas impactadas por día/actividad. | 2,822 | 2,822 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | <p><u>Estándar 6, Servicios Psicológicos:</u> Se proporcionaron 1,116 intervenciones clínicas a víctimas y sus familiares no ofensores.</p> <p>- Durante este periodo se recibieron un total de 5,181 llamadas diurnas a través de las 6 regiones del CAVV y 306 en la línea de ayuda nocturna. Dentro de las poblaciones vulnerables impactadas se encuentran:</p> <p><u>Menores víctimas de abuso sexual:</u> Recibieron evaluaciones médico-forenses, apoyo emocional y tratamiento psicológico en un entorno seguro, reduciendo la revictimización.</p> <p><u>Familiares no ofensores:</u> Recibieron apoyo para garantizar la seguridad y bienestar de los menores. Para lograr el objetivo, se implementaron equipos multidisciplinarios, se gestionaron referidos de agencias gubernamentales, se realizaron entrevistas forenses para reducir la revictimización, y se ofrecieron servicios psicológicos y apoyo integral a las víctimas y sus familias. Estas estrategias garantizaron el</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|--|------------------|-------------------|--|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | cumplimiento con los estándares de la NCA. | |
| | | Objetivo 1.13 Entre el 01/2023 a 06/2023, implementar campañas mediáticas para la prevención primaria de violencia sexual dirigidas a poblaciones vulnerables en Puerto Rico. | Número de actividades realizadas (por tiempo). | --- | --- | --- | Completado: Población atendida: <u>Mujeres en Situación de Vulnerabilidad:</u> La Feria de Mujeres Artesanas benefició a mujeres que buscan empoderarse económicamente, ayudándolas a salir del ciclo de violencia. <u>Víctimas de Violencia Sexual:</u> Las campañas de concienciación, especialmente durante el Mes de Concienciación sobre Violencia Sexual, ofrecieron recursos y apoyo a las víctimas y sus familias, promoviendo un entorno de apoyo y visibilidad. <u>Comunidades en General:</u> La participación de organizaciones aliadas y la comunidad en actividades como el Día Internacional del Mahón fortaleció la red de apoyo y concienciación sobre la violencia sexual. <u>Niños, Niñas y Adolescentes:</u> A través del Portal Electrónico de Rastreo de Violencia Sexual, se facilitó el acceso a servicios importantes para la atención de casos de abuso, |
| | Cantidad de personas impactadas por día/actividad. | --- | --- | --- | | | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | <p>beneficiando directamente a las víctimas menores de edad y sus familias.</p> <p><u>Eventos Comunitarios:</u> Se organizó la Feria de Mujeres Artesanas para promover el empoderamiento económico y crear conciencia sobre la violencia de género, alcanzando un gran público a través de las redes sociales.</p> <p><u>Campañas de Concienciación:</u> Se llevaron a cabo actividades mediáticas durante el Mes de Concienciación sobre Violencia Sexual, incluyendo participaciones en radio y plataformas digitales por parte de la directora del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación, Dra. María Rebecca Ward.</p> <p><u>Colaboración con Organizaciones:</u> Se promovió la participación de varias organizaciones en el Día Internacional del Mahón, generando apoyo comunitario para las víctimas de violencia sexual. Se relanzó el Portal Electrónico de Rastreo de Violencia Sexual, logrando un alto número de visitas y búsquedas de información.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | Difusión en Redes Sociales: Las campañas se compartieron a través de las redes sociales del Departamento de Salud, aumentando la visibilidad de las iniciativas de prevención. |
| Meta 2. Implementar un sistema de manejo de datos que permita la estandarización, recolección y procesamiento de datos estadísticos para la toma de decisiones informada. | En demora: Esta meta aún se encuentra en desarrollo, por lo que existe una demora en la implementación de los objetivos y actividades según establecido. | Objetivo 2.1 Entre el 01/2023 a 12/2023, establecer una colaboración para el diseño de un sistema de base de datos. | Número de acuerdos de colaboración por unidades/entre agencias/DS con entidades externas. | --- | --- | --- | En demora: Durante el periodo establecido, hubo participación en reuniones relacionadas a la modernización y asignación de trabajos con el Programa Medicaid para la modernización y establecimiento de infraestructura relacionada a la transformación digital del Departamento de Salud. Sin embargo, los trabajos fueron paralizados por motivos ajenos a la Secretaría. El objetivo no se alcanzó debido a retrasos en la etapa de planificación. |
| | | | Costo de servicios. | --- | --- | --- | |
| | | | Cantidad de proyectos piloto implementados por tipo de unidad (programático y administrativo). | --- | --- | --- | |
| | | Objetivo 2.2 Entre el 10/2022 a 09/2023, haber mejorado la capacidad estadística del Programa NNEs que resulte en mejoramiento de la calidad de datos, | Número de programas implantados para población vulneradas. | 10 | 1 | 10.0% | En demora: En el año 2023, se implementó el siguiente programa/módulo del sistema de récord médico electrónico en los Centros Pediátricos: Registro de citas. No se lograron implementar los siguientes programas/módulos del sistema de récord médico electrónico en los Centros |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | monitoreo, evaluación y capacidad organizacional. | | | | | <p>Pediátricos: Plataforma de servicios; Terapia física/ocupacional; Patología; Nutrición; Audiología; Coordinación de servicios; Trabajo social; Autismo; Facturación. La población beneficiada por el resultado sería el personal de los Centros Pediátricos y las familias servidas.</p> <p>El contrato con la compañía implementadora del sistema de récord medico electrónico se venció antes de que se pudiera completar el proceso de implementación de todos los programas/módulos del sistema. Para lograr este objetivo se considera renovar el contrato con la compañía implementadora del sistema de récord medico electrónico. Se planifica renovar el contrato con la compañía implementadora del sistema de récord médico electrónico para culminar el proceso de implementación del mismo durante el ciclo de trabajo 2024-2025.</p> |
| <p>Meta 3. Renovar infraestructura para viabilizar la movilización de programas</p> | <p>En proceso: La mayoría de los trabajos relacionados a la renovación de infraestructura ha finalizado. Sin</p> | <p>Objetivo 3.1 Entre el 01/2023 a 12/2023, cumplir con los requerimientos establecidos para la operación de al</p> | Porcentaje (%) de implantación de la estructura funcional de nivel central y regional. | 100 | 100 | 100.0% | <p>Completado: Durante el año 2023, se completó la relocalización del Programa de Madres y Niños de la Región de Ponce y, de igual manera, fue completado el proyecto de la Cancha</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------------|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| categóricos regionales. | embargo, por retrasos en procesos de contratación y acuerdos que dependen de múltiples factores externos ajenos al Departamento de Salud, aún no se logra la concretización de esta meta. | menos (3) proyectos de construcción relacionado a infraestructura de programas categóricos regionales del Departamento de Salud de Puerto Rico | | | | | Techada del CTS ²⁶ de Aguadilla. Se completó la relocalización temporera del Programa de Madres y Niños de la Región de Mayagüez. Sin embargo, no se logró la relocalización permanente del Programa de Madres y Niños de la Región de Mayagüez debido a que aún falta el proceso de decomiso de los equipos que se ubican en la facilidad final. La población que se beneficia de estos resultados es la población materno infantil y los participantes del programa de personas adultas con discapacidad intelectual. Los objetivos fueron alcanzados con un plan de gestión de proyectos que facilitó y agilizó los procesos administrativos para lograr la consecución de los mismos. Todos los objetivos se lograron en esta primera fase. |
| | | Objetivo 3.2 Entre el 01/2023 a 12/2023, establecer al | Porcentaje (%) de implantación de la estructura | 33 | 33 | 100.0% | En proceso: Se logró concretizar el traslado del personal del programa de Madres y |

²⁶ Centros Transicionales de Servicios

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | menos tres (3) facilidades para proveer servicios de Programas de la Secretaría. | funcional de nivel central y regional. | | | | Niños de Bayamón a las facilidades del HURRA ²⁷ . Estamos en el proceso de completar los trabajos para la Iniciativa de Proyecto PAIS de la Sección de Servicios a Personas Adultas con Discapacidad (SSPADI) en varios municipios, así como mejorar facilidades para maximizar el servicio a la ciudadanía. El alcance del objetivo se ha demorado debido a que los procesos de contratación y acuerdos dependen de múltiples factores externos ajenos al Departamento de Salud. |

Para el año 2023, la Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (3): 2 en proceso (66.7%), y 1 en demora (33.3%).
- Objetivos (17): 10 completados (58.8%), 5 en proceso (29.4%), y 2 en demora (11.8%).

²⁷ Hospital Universitario Dr. Ramón Ruiz Arnau

IV. **Secretaría Auxiliar para la Coordinación de Servicios y Asistencia en Salud**

Esta Secretaría agrupa servicios y procesos afines relacionados a la coordinación de servicios de asistencia de salud de la población, incluyendo servicios de atención médica, certificados de eventos vitales y servicios para poblaciones vulneradas o desatendidas. En esta Secretaría, se integran las siguientes funciones:

- Integrar y facilitar las prestaciones de servicios directos de salud a la población en general.
- Desarrollar todas las políticas y programas necesarios para el mejoramiento de los servicios de salud en Puerto Rico.
- Garantizar el cumplimiento de los objetivos clínicos, ofreciendo servicios de alta calidad.

La SACSAS supervisa las siguientes divisiones: División de Asistencia Médica (Medicaid); División del Registro Demográfico; División de Alimentación Suplementaria para Madres, Infantes y Niños (WIC); y División de Servicios Médicos y Hospitalarios.

- **Persona contacto:** Lcda. Dinorah Collazo Ortiz, Secretaria Auxiliar; dinorah.collazo@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 6747

A. División de Asistencia Médica (Medicaid)

1. **Descripción:** La División de Asistencia Médica - Programa Medicaid (DAM) fue creado en virtud de la Ley Pública 98-97 del 30 de julio de 1965, bajo el Título XIX de la Ley de Seguridad Social, con el propósito de hacer accesible un sistema de prestación de servicios de salud para las personas cuyos ingresos y recursos son insuficientes para sufragar el costo de un plan médico. Además, busca agilizar el acceso a los servicios de salud para propiciar en la población médico indigente un estado o condición de bienestar físico, mental, emocional y social que le permita el pleno disfrute de la vida y su participación de forma productiva y creadora a la sociedad.
2. **Persona Contacto:** Lcda. Dinorah Collazo Ortiz, Directora; dinorah.collazo@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 6747
3. **Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Implementación de la iniciativa de tecnología integrada de Medicaid, tercera generación (MEDITI3G) (solución de elegibilidad). | Completada: Se logró obtener la certificación de la herramienta para la determinación de elegibilidad (MEDITI3G) por parte de CMS. Se realizó una presentación exhaustiva a los representantes de CMS de manera presencial en la cual se demostró el cumplimiento con las | Objetivo 1.1 Mejorar el procesamiento de solicitudes actualizadas para los solicitantes, lo que reduce el tiempo y el esfuerzo. | Porcentaje (%) de aumento de solicitudes realizadas. | --- | --- | 8.3% | Completado: Se logró obtener la certificación de la herramienta MEDITI3G para la determinación de elegibilidad por parte de CMS ²⁸ . Se realizó una presentación exhaustiva a los representantes de CMS de manera presencial en la cual se demostró el cumplimiento con las regulaciones federales. |
| | | Objetivo 1.2 Reducir el esfuerzo para la elegibilidad de los trabajadores, lo que resulta en una | Porcentaje (%) de reducción de esfuerzo para el proceso de elegibilidad | --- | --- | 12.1% | Completado: Se completaron los procesos de Ex Parte (Renovación Automática) para los beneficiarios y <i>No-Touch</i> para evaluar a los solicitantes/beneficiarios |

²⁸ Centers for Medicare & Medicaid Services

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | regulaciones federales para la herramienta. | mayor precisión y puntualidad. | | | | | sin intervención de un trabajador, reduciendo así la carga de trabajo. Se logró optimizar el diseño para facilitar el intercambio de información entre las agencias Estatales y Federales. Estos cambios fueron implementados en diciembre 2023 de manera tal que para el primer mes del año 2024 se logró aumentar el número de casos recertificados automáticamente por el proceso de Ex Parte y el mismo ha mantenido la tendencia. |
| | | Objetivo 1.3 Mejoras de elegibilidad para resultados determinados. | Porcentaje (%) de aumento de elegibilidad. | --- | --- | 4.0% | Completado: Se completaron los cambios necesarios (CMS SPA) que alinean y aumentan las determinaciones de elegibilidad correctas bajo las regulaciones federales. Incluyendo las elegibilidades automáticas TANF-ABD. Implementación en sistema de las actualizaciones necesarias para cumplir con la alineación de los requisitos federales y mejoras al intercambio de información con otras agencias. |
| Meta 2. Desarrollo de sistema de información de | Completada: Se logró integrar las bases de datos | Objetivo 2.1 Integrar tecnologías y procesos | Número (#) de tecnologías y | --- | 5 | --- | Completado: Se logró integrar las bases de datos necesarios para el cálculo certero de |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| gestión de Medicaid (MMIS) Fase III (Implementación de gestión financiero). | necesarios para el cálculo certero de los pagos de prima a las aseguradoras, lo que permitió obtener reportes más íntegros y continuar con la misiva de proveer transparencia en los procesos financieros. Se estableció un calendario para el cálculo y corrida de los pagos de capitación y suplementarios a las aseguradoras, así como desarrollar un mecanismo para acelerar el proceso de los <i>drawdowns</i> de fondos federales para propósitos de estos pagos. | empresariales en soluciones simples de gestión financiera. | procesos integrados. | | | | los pagos de prima a las aseguradoras. Esto permitió obtener reportes más íntegros y continuar con la misiva de proveer transparencia en los procesos financieros. Actualmente, nos encontramos en un proceso de estabilización de los procesos y reportes con miras a una certificación en diciembre 2024. Las aseguradoras contratadas a través de ASES ²⁹ para brindar servicios a los beneficiarios bajo el programa de Medicaid se benefician de estos resultados. En adición, se benefician los proveedores que prestan servicio directo a nuestros beneficiarios. Se eliminaron procesos manuales de validación de pagos ya que el sistema automatizó muchos de esos procesos. El personal tiene más visibilidad de los procesos y el detalle de las transacciones. Se realizaron procedimientos adicionales para el seguimiento y cumplimiento de este |

²⁹ Administración de Seguros de Salud

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|------------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | Para el caso del reporte de la CMS-64, los datos provienen del mismo sistema sin la interpretación e intervención manual para obtener los números. | | | | | | objetivo. El proyecto incluyó un proceso de manejo de cambio el cual nos permite dar seguimiento en la adopción del proyecto y atender cambios operacionales para facilitar. Por otro lado, estamos en un proceso de estabilización para atender y corregir cualquier situación. El objetivo no se completó tal y como se propuso en el Plan de Trabajo 2023. El proyecto se atrasó cinco (5) meses logrando completar la primera etapa en mayo 2024 y la segunda en septiembre 2024. |
| | | Objetivo 2.2 Reducir el tiempo para completar los procesos comerciales financieros. | Porcentaje (%) de tiempo reducido. | --- | --- | --- | En proceso: Se estableció un calendario para el cálculo y corrida de los pagos de capitación y suplementarios a las aseguradoras. De igual manera, se logró desarrollar un mecanismo para acelerar el proceso de los <i>drawdowns</i> de fondos federales para propósitos de estos pagos. Antes de la puesta en vivo, ASES no había logrado completar unos pagos históricos de periodos previos a la puesta en vivo. De igual manera, hubo varios <i>drawdowns</i> que tampoco se habían realizado. Las aseguradoras contratadas a través de ASES. En |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | <p>adición, se beneficia el Programa de Medicaid al cumplir con su iniciativa de buen manejo de los fondos federales otorgados para este propósito.</p> <p>Se establecieron estándares federales en el proceso y automatización de procesos. Se realizaron procedimientos adicionales para el seguimiento y cumplimiento de este objetivo. El proyecto incluyó un proceso de manejo de cambio el cual nos permite dar seguimiento en la adopción del proyecto y atender cambios operacionales para facilitar. Por otro lado, estamos en un proceso de estabilización para atender y corregir cualquier situación. El objetivo no se completó tal y como se propuso en el Plan de Trabajo 2023. El proyecto se atrasó cinco (5) meses logrando completar la primera etapa en mayo 2024 y la segunda en septiembre 2024.</p> <p><i>*Nota: el objetivo fue completado durante mayo 2024.</i></p> |
| | | <p>Objetivo 2.3 Mejorar la precisión del acceso a los datos financieros.</p> | <p>Porcentaje (%) de aumento en la precisión del</p> | --- | --- | --- | <p>Completado: Menos objeciones de pago de parte de las aseguradoras. Para el caso del reporte de la CMS-64, los datos</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | acceso a datos financieros. | | | | <p>proviene del mismo sistema sin la interpretación e intervención manual para obtener los números. Inicialmente se había contemplado como parte del alcance otros reportes federales (CMS-37), luego de un análisis exhaustivo nos percatamos que los mismos no eran necesarios ya que los datos utilizados para reportar no podían ser generados en el sistema por lo que se tenían que entrar manuales. Se beneficia CMS y el Programa de Medicaid al cumplir con su iniciativa de buen manejo de los fondos federales otorgados para este propósito.</p> <p>Se establecieron estándares federales en el proceso y automatización de procesos. Se realizaron procedimientos adicionales para el seguimiento y cumplimiento de este objetivo. El proyecto incluyó un proceso de manejo de cambio el cual nos permite dar seguimiento en la adopción del proyecto y atender cambios operacionales para facilitar. Por otro lado, estamos en un proceso de estabilización para atender y corregir cualquier situación. El objetivo no se completó tal y como se</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | propuso en el Plan de Trabajo 2023. El proyecto se atrasó cinco (5) meses logrando completar la primera etapa en mayo 2024 y la segunda en septiembre 2024. |
| Meta 3. Inscripción y acreditación centralizada de proveedores (CPEC) Adquisición e implementación. | Cancelada: El proyecto fue cancelado luego del análisis del costo de implementación y aplicabilidad en Puerto Rico sin una ley que sustente y obligue la adopción del mismo. Se analizaron varias implementaciones con proyectos similares en diferentes estados de la nación americana. El costo propuesto a Puerto Rico era sustancialmente más costoso que en otros estados. Varios estados nos indicaron que el proyecto no había brindado los | Objetivo 3.1 Reducir la carga administrativa de los proveedores que se inscriben y acreditan con PRMP. | Porcentaje (%) de reducción del esfuerzo administrativo. | --- | --- | --- | Cancelado: El proyecto fue cancelado luego del análisis del costo de implementación y aplicabilidad en Puerto Rico sin una ley que sustente y obligue la adopción del mismo. Se analizaron varias implementaciones con proyectos similares en diferentes estados de la nación americana. El costo propuesto a Puerto Rico era sustancialmente más costoso que en otros estados. Este proyecto impactaba a todos los proveedores y aseguradoras que prestan servicios a los beneficiarios bajo el Programa de Medicaid. El proyecto fue cancelado luego de que varios estados nos indicaran que el proyecto no había brindado los resultados ya que los proveedores no adoptaban el proceso, y debido a que no había una ley que los obligara, lo que causó que el estado perdiera dinero y esfuerzo en la implementación del proyecto. En |
| | | Objetivo 3.2 Mejorar el tiempo de actividad del sistema para permitir que los proveedores accedan a la solución CPEC en una capacidad de autoservicio. | Porcentaje (%) de reducción del tiempo de actividad en el sistema. | --- | --- | --- | |
| | | Objetivo 3.3 Reducir el tiempo de inscripción y acreditación de proveedores con PRMP. | Porcentaje (%) de tiempo reducido. | --- | --- | --- | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | resultados ya que los proveedores no adoptaban el proceso, y debido a que no había una ley que los obligara, lo que causó que el estado perdiera dinero y esfuerzo en la implementación del proyecto. En algunos estados este tipo de implementación ha tomado 10 años. | | | | | | algunos estados este tipo de implementación ha tomado 10 años. No se están considerando medidas adicionales para lograr este objetivo ya que el mismo fue cancelado. |
| Meta 4. Evaluación de la modernización de la integridad del programa. | Completada: A través de la implementación del SOP para Recobro Administrativo, el Manual de Procedimientos Administrativos, políticas y procesos internos nuevos, y la | Objetivo 4.1 Modernizar los SOP y políticas del Programa de Integridad para ayudar a garantizar el cumplimiento de las regulaciones federales y estatales. | Cantidad de SOP y políticas modernizadas. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se implementó SOP ³⁰ , Manual de Procedimientos y políticas para aquellos casos que no tienen elementos de fraude. Se contrató 1 abogada y 1 <i>Policy Analyst</i> para la redacción del SOP, Manual de Procedimientos y políticas. |

³⁰ Standard operating procedure

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|---|------------------|-------------------|--|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | contratación de 1 abogado y 1 <i>Policy Analyst</i> se ha logrado la maduración de la unidad de integridad. Esto ha resultado en una mayor eficiencia, alza en el volumen de casos investigados, referidos y atendidos, así como en la recuperación de fondos y pagos indebidos. | Objetivo 4.2 Proveer capacidad de servicio de datos precisos y confiables. | Porcentaje (%) de datos precisos y confiables integrados. | --- | --- | --- | Completado: Se logró la capacidad de obtener datos precisos y confiables para rendir los informes estadísticos requeridos por CMS ³¹ . La unidad de integridad logró acceso al MMIS ³² Fase 3, el cual funciona como repositorio de datos provenientes de otras fuentes mediante interfaces. La disponibilidad de la data recopilada por MMIS Fase 3 y la corroboración de la fuente primaria por la unidad de integridad confirma la certeza de los datos. |
| | | Objetivo 4.3 Aumentar la recuperación anual de los pagos identificados como necesarios. | Porcentaje (%) de pagos recuperados. | --- | --- | 85.0% (TPL) 100.0% (ASES) 100.0% | Completada: Se logró aumentar la recuperación anual de pagos para el concepto de <i>Fraud, Waste, (FWA) and Abuse</i> y el concepto de <i>Third Party Liability</i> (TPL). El porcentaje de pagos recuperados hasta septiembre 2024 aumentó en un 36% y 49%, respectivamente. |

³¹ Centers for Medicare & Medicaid Services

³² Medicaid Management Information System

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | (Program integrity Unit) | La implementación del nuevo proceso administrativo de recobro agiliza la gestión de recobro ya que se atiende de manera interna en vez de ser referido a las agencias de ley y orden correspondientes, las cuales tienden a demorar más el proceso de recobro. En adición, la contratación de recursos (1 abogado y 1 <i>Policy Analyst</i>) ha sido fundamental para atender este tipo de recobro. Mediante la implementación del SOP para Recobro Administrativo, Manual de Procedimientos Administrativos y políticas se ha logrado llevar a cabo estos procesos. |

Para el año 2023, la División de Asistencia Médica (Medicaid) tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (4): 3 **completada** (75.0%), y 1 **cancelada** (25.0%).
- Objetivos (12): 8 **completados** (66.7%), 1 **en proceso** (8.3%), y 3 **cancelados** (25.0%).

B. División del Registro Demográfico

1. **Descripción:** La División del Registro Demográfico (DRD) fue creada por disposición de la Ley Núm. 24 del 22 de abril de 1931, según enmendada, y tiene como deber ministerial todo lo concerniente al registro, colección, custodia, preservación, enmiendas y certificación de eventos vitales ocurridos en Puerto Rico (nacimientos, matrimonios y defunciones). La recopilación de estos datos provee información valiosa sobre la salud pública, la cual sirve como base para la evaluación de programas de salud y la toma de decisiones informadas.
2. **Persona Contacto:** Sra. Wanda del C. Llovet Díaz; Directora; wlllovet@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 6101, 6120
Nota: A tenor con la OA 2023-578, las funciones de la Oficina del Registro Demográfico pasaron a integrarse bajo la nueva Secretaría Auxiliar para la Coordinación de Servicios y Asistencia en Salud a partir del 1ro. de septiembre de 2023.
3. **Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Archivo de Defunción al <i>National Center for Health Statistics</i> . | Completada: Durante la implementación de la meta de envío de registros de defunción, se logró transmitir un total de 35,417 registros, cumpliendo con los objetivos establecidos. Se destacó que no hubo registros faltantes ni errores en la validación del conteo de certificados, lo que indica una alta calidad y precisión en los datos enviados. La | Objetivo 1.1 Enviar el archivo anual de datos de muerte en la fecha establecida por el VSCP/NCHS (30 junio 2023). | Número instrumentos de recopilación de datos utilizados. | 35,417 | 35,417 | 100.0% | Completado: Se logró enviar un total de 35,417 registros de defunción, cumpliendo con la meta establecida. Además, se reportó que no hubo registros faltantes (<i>missing records</i>), ni errores en la validación del conteo de certificados, lo que indica una alta calidad en los datos enviados. La ausencia de errores de verificación y validación resalta la efectividad del proceso de recolección y envío de información. El objetivo de enviar el archivo anual de datos de defunciones ocurridas en Puerto Rico (<i>Death File 2022</i>), fue cumplido con éxito, garantizando la |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | ausencia de errores en los procesos de verificación y validación resalta la efectividad del sistema de recolección y envío de información. Estos hallazgos reflejan la capacidad en el manejo de datos de manera eficiente, lo que contribuye a una mejor gestión de la información vital. Se recomienda mantener los estándares de calidad mediante supervisión, implementar capacitación continua para el personal de registración y mantener una | | | | | | integridad y precisión de los datos presentados a la NCHS ³³ . |

³³ National Center for Health Statistics

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | consistencia el proceso de envío. | | | | | | |
| Meta 2. Archivo de Nacimiento al <i>National Center for Health Statistics</i> (Birth File 2022). | Completada: Durante la implementación de la meta de envío de registros de nacimiento, se logró transmitir un total de 19,147 registros, cumpliendo con los objetivos establecidos. Se destacó que no hubo registros faltantes ni errores en la validación del conteo de certificados, lo que indica una alta calidad y precisión en los datos enviados. La ausencia de errores en los procesos de verificación y validación resalta la | Objetivo 2.1 Enviar el archivo anual de datos de nacimiento en la fecha establecida por el VSCP/NCHS (30 junio 2023). | Número instrumentos de recopilación de datos utilizados. | 19,147 | 19,147 | 100.0% | Completado: Se cumplió con el envío de un total de 19,147 registros de nacimiento, cumpliendo así con la meta establecida. Adicionalmente, se reportó que no hubo registros faltantes (<i>missing records</i>) ni errores en la validación del conteo de certificados, lo que indica una excelente calidad en la información proporcionada. La ausencia de errores de verificación y validación refuerza la efectividad del proceso de recolección y envío de datos. El objetivo de enviar el archivo anual de datos de nacimientos ocurridos en Puerto Rico (<i>Birth File 2022</i>) se cumplió exitosamente, garantizando la precisión y la integridad de los datos de nacimiento enviados a la NCHS ³⁴ . |

³⁴ National Center for Health Statistics

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | efectividad del sistema de recolección y envío de información. Estos hallazgos reflejan la capacidad en el manejo de datos de manera eficiente, lo que contribuye a una mejor gestión de la información vital. Se recomienda mantener los estándares de calidad mediante supervisión, implementar capacitación continua para el personal de registración y mantener una consistencia el proceso de envío. | | | | | | |
| Meta 3. Archivo de Muerte Fetal al <i>National Center for Health Statistics</i> (Fetal Death File). | Completada: Durante la implementación de la meta de envío de registros de muerte fetal, se logró transmitir un total de 227 registros, | Objetivo 3.1 Enviar el archivo anual de datos de muerte fetal en la fecha establecida por el VSCP/NCHS (30 junio 2023). | Número instrumentos de recopilación de datos utilizados. | 227 | 227 | 100.0% | Completado: Se logró enviar un total de 227 registros de muerte fetal, cumpliendo con la meta. Adicionalmente, se reportó que no hubo registros faltantes (<i>missing records</i>) ni errores en la validación del conteo de certificados, lo que indica una |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|----------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | cumpliendo con los objetivos establecidos. Se destacó que no hubo registros faltantes ni errores en la validación del conteo de certificados, lo que indica una alta calidad y precisión en los datos enviados. La ausencia de errores en los procesos de verificación y validación resalta la efectividad del sistema de recolección y envío de información. Estos hallazgos reflejan la capacidad en el manejo de datos de manera eficiente, lo que contribuye a una mejor gestión de la | | | | | | excelente calidad en la información proporcionada. La ausencia de errores de verificación y validación refuerza la efectividad del proceso de recolección y envío de datos. El objetivo de enviar el archivo anual de datos de muerte fetal ocurridos en Puerto Rico (<i>Fetal Death File 2022</i>) se cumplió exitosamente, garantizando la precisión y la integridad de los datos de nacimiento enviados a la NCHS ³⁵ . |

³⁵ National Center for Health Statistics

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | información vital. Se recomienda mantener los estándares de calidad mediante supervisión, implementar capacitación continua para el personal de registración y mantener una consistencia el proceso de envío. | | | | | | |
| Meta 4. Migración de datos a un almacenamiento de datos en una nube para mejorar la accesibilidad, la seguridad y la eficiencia. | Sin comenzar: Durante la implementación de esta meta, no se logró avanzar debido a que la migración de datos y la garantía de seguridad requerían la obtención de un sistema electrónico integral de registros vitales. Para abordar esta necesidad, se elaboró un RFP, publicado en abril de 2024, y en octubre de 2024 se notificó la adjudicación del | Objetivo 4.1 Migrar los datos del evento vital defunción de los servidores actuales a un almacenamiento nube para fines de diciembre de 2023. | Infraestructura (CPU usage, memory, network latency, load balancing, disk performance). | 1 | 0 | 0.0% | Sin comenzar: El objetivo estipulado en migrar los datos del evento vital defunción de los servidores actuales a un almacenamiento nube no se logró completar tal como estaba previsto para fines de diciembre de 2023. El objetivo no pudo ser alcanzado dado a que su implementación requiere la adquisición de un sistema electrónico integral de registros vitales, lo cual es esencial para llevar a cabo la migración de datos de manera efectiva. Bajo esta necesidad la División elaboró un RFP (<i>Request for Proposal</i>) para la adquisición de este sistema comprensivo, el cual fue |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | contrato a <i>Genesis Systems Inc.</i> Como resultado, la meta se encuentra actualmente en estado "sin comenzar". Se proyecta que el objetivo se complete para el 30 de junio de 2025. Las conclusiones indican que, aunque se ha tomado un paso importante al seleccionar un proveedor, la falta de un sistema adecuado ha impedido el progreso inicial. Se recomienda priorizar la implementación del sistema adquirido, establecer un cronograma claro para su instalación y capacitación, y asegurar que se disponga del soporte | | | | | | publicado en abril de 2024. Este proceso busca asegurar que se cuente con la herramienta adecuada para facilitar la migración. Se proyecta que este objetivo se complete para el 30 de junio de 2025, tras la adjudicación del RFP en octubre de 2024 a <i>Genesis Systems Inc.</i> El objetivo estipulado en migrar los datos del evento vital defunción de los servidores actuales a un almacenamiento nube no se logró completar tal como estaba previsto para fines de diciembre de 2023. |
| | | Objetivo 4.2 Garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos del evento vital defunción y cumplir con la normativa de protección de datos. | Infraestructura (CPU usage, memory, network latency, load balancing, disk performance). | 1 | 0 | 0.0% | Sin comenzar: El objetivo, garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos del evento vital defunción y cumplir con la normativa de protección de datos, no fue logrado tal como se había planeado para fines de diciembre de 2023. El objetivo no pudo ser alcanzado dado a que su implementación requiere la adquisición de un sistema electrónico integral de registros vitales, lo cual es esencial para llevar a cabo la migración de datos de manera efectiva. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | técnico necesario para facilitar una transición efectiva y cumplir con los plazos establecidos. | | | | | | Bajo esta necesidad la División elaboró un RFP (<i>Request for Proposal</i>) para la adquisición de este sistema comprensivo, el cual fue publicado en abril de 2024. Este proceso busca asegurar que se cuente con la herramienta adecuada para facilitar la migración. Se proyecta que este objetivo se complete para el 30 de junio de 2025, tras la adjudicación del RFP en octubre de 2024 a <i>Genesis Systems Inc.</i> |
| | | Objetivo 4.3 Mejorar la eficiencia y precisión del procesamiento del registro del evento vital defunción en la nube. | Infraestructura (CPU usage, memory, network latency, load balancing, disk performance). | 1 | 0 | 0.0% | Sin comenzar: El objetivo, mejorar la eficiencia y precisión del procesamiento del registro del evento vital defunción en la nube, no fue logrado tal como se había planeado para fines de diciembre de 2023. El objetivo no pudo ser alcanzado dado a que su implementación requiere la adquisición de un sistema electrónico integral de registros vitales, lo cual es esencial para llevar a cabo la migración de datos de manera efectiva. Bajo esta necesidad la División elaboró un RFP (<i>Request for Proposal</i>) para la adquisición de este |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | sistema comprensivo, el cual fue publicado en abril de 2024. Este proceso busca asegurar que se cuente con la herramienta adecuada para facilitar la migración. Se proyecta que este objetivo se complete para el 30 de junio de 2025, tras la adjudicación del RFP en octubre de 2024 a <i>Genesis Systems Inc.</i> |

Para el año 2023, la División del Registro Demográfico tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (4): 3 completadas (75.0%), y 1 sin comenzar (25.0%).
- Objetivos (6): 3 completados (50.0%), y 3 sin comenzar (50.0%).

C. División de Alimentación Suplementaria para Madres, Infantes y Niños (WIC)

1. **Descripción:** La División del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) es una oficina médico-nutricional que ofrece servicios a mujeres embarazadas, posparto, lactantes, infantes y niños hasta los cinco (5) años, de familias de ingresos insuficientes que corren un riesgo especial con respecto a su salud física y mental debido a una nutrición inadecuada o atención médica inadecuada, o ambas. El propósito de la División es promover una mejor nutrición y cuidado de la salud mediante la provisión de alimentos suplementarios; educación en nutrición; promoción y apoyo a la lactancia; y referidos a otros proveedores de servicios de salud y/o servicios de la comunidad. El WIC se crea bajo el amparo del *Child Nutrition Act* del 1966, según enmendada, y las disposiciones reglamentarias federales establecidas. En Puerto Rico está adscrito al DS. Se subvenciona en su totalidad con fondos federales provenientes del Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura Federal (USDA, por sus siglas en inglés). En la actualidad cuenta con una administración central, siete (7) regiones y 84 clínicas que operan a través de toda la isla, incluyendo los municipios de Vieques y Culebra.
2. **Persona Contacto:** Luisa Brito Guillén, Directora; luisa.brito@salud.pr.gov; 787-766-2805, Ext. 5071
Nota: A tenor con la OA 2023-578, las funciones del Programa WIC pasaron a integrarse bajo la nueva Secretaría Auxiliar para la Coordinación de Servicios y Asistencia en Salud a partir del 1ro. de septiembre de 2023.
3. **Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Fortalecer los servicios de nutrición y lactancia del Programa WIC para que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población | Completada: El fortalecimiento de los servicios de nutrición y lactancia llevaron al Programa a alcanzar el reconocimiento del Gobierno Federal por | Objetivo 1.1 Para septiembre 2023, mejorar la funcionalidad del portal de educación en nutrición a distancia conocido como NERI. | Cantidad de participantes que toman los cursos de educación en nutrición a distancia. | 50,000 | 82,026 | 164.1% | Completado: Este portal ha sido uno de beneficio para nuestros participantes, así como para el cumplimiento de la regulación federal. Se completó según propuesto en el Plan de Trabajo 2023. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| de mujeres embarazadas/ posparto/lactantes, infantes y niños. | el aumento en la tasa de lactancia en Puerto Rico. | Objetivo 1.2 Para septiembre 2023, ampliar la aplicación electrónica MIWICpr.com para ofrecer a los participantes información más precisa de clínicas, comercios y servicios provistos por el Programa. | Número de participantes que utilizan la aplicación para acceder a la información que ofrece el programa. | 87,000 | 204,908 | 235.5% | Completado: Al ampliarlo permitió que más participantes utilizaran esta aplicación para encontrar la información necesitada. Se completó según propuesto en el Plan de Trabajo 2023 con gran satisfacción de parte de los participantes. |
| Meta 2. Mejorar y ampliar los canales de comunicación y alcance (<i>outreach</i>) con el propósito de beneficiar a los participantes del Programa WIC y a la comunidad en general. | Completada: Los canales de comunicación se han ampliado y han redundado en el interés de conocer los servicios del Programa por parte de los ciudadanos. | Objetivo 2.1 Para el 30 de septiembre de 2023, continuar con la campaña de publicidad masiva conocida como "WIC en cada etapa" para dar a conocer los servicios del Programa e incrementar la participación en el mismo, enfatizando la lactancia como método esencial de alimentación y los | Cantidad de personas impactadas por la Campaña. | 82,732 | 92,752 | 112.1% | Completado: La campaña logró el dar a conocer más ampliamente los servicios del Programa y captar más participantes en la búsqueda de los servicios del Programa. Con esta campaña se captó un interés por parte de la población en general. Se completó según propuesto en el Plan de Trabajo 2023. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | servicios ofrecidos por las consejeras pares de lactancia. | | | | | |
| | | Objetivo 2.2 Durante el mes de enero y septiembre 2023, ampliar y fortalecer el intercambio de diversa información del Programa a través de las redes sociales Facebook e Instagram. | Cantidad de "likes" recibidos por los participantes. | 35,000 | 73,000 | 208.6% | Completado: Hubo un incremento en el uso de las redes sociales para buscar información sobre los servicios que ofrece el Programa. Se completó según propuesto en el Plan de Trabajo 2023 con gran interés de parte de los participantes. |
| | | Objetivo 2.3 Durante enero y septiembre 2023, movilizar las dos (2) unidades móviles que sirven como clínicas a lugares/ áreas de difícil acceso y con limitaciones de transportación, para llevar los servicios y la promoción de lactancia a distintas universidades. | Porcentaje (%) de la población que recibe los servicios de WIC en las unidades móviles por limitaciones de transportación, lugares de difícil acceso o necesidad de horarios extendidos. | 10 | 22 | 220.0% | Completado: Las unidades móviles ofrecieron los servicios de promoción y lactancia no tan sólo a las Universidades, sino que a distintas áreas de difícil acceso. Se completó según propuesto en el Plan de Trabajo 2023. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Objetivo 2.4 Para septiembre 2023, crear una Clínica Virtual para ofrecer servicios del Programa a aquellos participantes interesados a través de una plataforma en línea y un centro de llamadas de lunes a sábados. | Por ciento (%) de la población que recibe los servicios de WIC en las unidades móviles por limitaciones de transportación, lugares de difícil acceso o necesidad de horarios extendidos. | 1,000 | 2,500 | 250.0% | Completado: La creación de la Clínica Virtual ha resultado ser de beneficio para la mayor parte de la población que utilizan los medios tecnológicos para acceder a la información. Se completó según propuesto en el Plan de Trabajo 2023. |
| Meta 3: Mantener actualizados la infraestructura de telecomunicaciones y redes del Programa WIC para que responda a las necesidades programáticas y administrativas del mismo. | Completada: La conversión al nuevo MIS y EBT ha permitido la agilidad en la otorgación de los beneficios a los participantes. Además, el desarrollo de una base de datos con información relevante para las divisiones del programa que requieren que el sistema genere informes de manejo | Objetivo 3.1 Para septiembre 2023, implementar, el nuevo " <i>Information Management System</i> "(MIS) para mejorar la comunicación entre las clínicas y nivel central, unificando en una sola base de datos toda la información requerida y generada por el Programa para su funcionamiento. | Por ciento (%) de implementación en el desarrollo del proyecto para cumplir con el mandato federal. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Los participantes del Programa WIC ya gozan del beneficio del uso de una tarjeta electrónica para adquirir sus alimentos. Se completó según propuesto en el Plan de Trabajo 2023. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | requeridos por FNS, y que a la vez el Programa WIC se independice de solicitar los mismos a un tercero ha sido de beneficio hasta el momento. | Simultáneamente, ir integrando al nuevo MIS, el sistema conocido como "Electronic Benefits Transfer" (EBT), el cual permitirá emitir beneficios a participantes a través de una tarjeta de pago codificada magnéticamente. | | | | | |
| | | Objetivo 3.2 Para septiembre 2023, contar con la aprobación propuesta "Technology for a Better WIC Experience - Communications, Data and Metrics" proveniente de Fondos ARPA. Dicha propuesta pretende que el Programa WIC | Por ciento (%) de implementación en el desarrollo del proyecto. | 100 | 75 | 75.0% | Completado: Para esta fecha se obtuvo la aprobación de los Fondos ARPA ³⁶ para este proyecto. Se completó según propuesto en el Plan de Trabajo 2023. |

³⁶ American Rescue Plan Act

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | <p> Cree una base de datos con información relevante para las divisiones del programa que requieren que el sistema genere informes de manejo requeridos por FNS, y que a la vez el Programa WIC se independice de solicitar los mismos a un tercero</p> | | | | | |
| <p>Meta 4. Asegurar cumplimiento con las políticas y procedimientos aplicables a clínicas y comercios de Programa WIC, a través de un sistema mecanizado de monitoreo/inspección efectivo y continuo.</p> | <p>Completada: Las revisiones a las políticas y procedimientos aplicables a las clínicas y los comercios han sido aprobadas por el gobierno federal, los cuales hacen a las mismas efectivas y confiables.</p> | <p>Objetivo 4.1 Para septiembre 2023, continuar con la implantación del sistema de monitorias a clínicas con el propósito de uniformar el proceso de monitoreo de operaciones y centralizar el resguardo de información.</p> | <p>Por ciento (%) para el cumplimiento de las monitorias a clínicas conforme a la Regulación Federal debe ser en un período de dos años el 20% de las clínicas.</p> | 100 | 100 | 100.0% | <p>Completado: Se completaron las monitorias requeridas por regulación federal utilizando el sistema mecanizado de monitoreo. Se completó según propuesto en el Plan de Trabajo 2023.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | Objetivo 4.2 Para septiembre 2033, continuar con las inspecciones a los comercios de forma automatizada agilizando y manteniendo un récord electrónico de los resultados y hallazgos encontrados en las visitas a los mismos. | Por ciento (%) para el cumplimiento de las monitorias a comercios autorizados WIC conforme a la Regulación Federal que debe ser el 5% del total de comercios. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se completaron las inspecciones a los comercios utilizando el sistema mecanizado de monitoreo/inspección. Se completó según propuesto en el Plan de Trabajo 2023. |

Para el año 2023, la División de Alimentación Suplementaria para Madres, Infantes y Niños (WIC) tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (4): 4 completadas (100.0%).
- Objetivos (10): 10 completados (100.0%).

D. División de Servicios Médicos y Hospitalarios

1. Descripción: La División de Servicios Médicos y Hospitalarios (DSMH) integra y facilita los trabajos relacionados a servicios de salud administrados por el DSPR a nivel primario, secundario y terciario. De igual manera, coordina los esfuerzos para el ofrecimiento de servicios directos a la población en salas de emergencias y CDT's que pertenecen o son administrados por el DSPR, y aquellos municipios que tienen algún acuerdo con la agencia. De igual manera, desarrolla, administra y opera proyectos para la protección y cuidado de la salud.

2. Persona Contacto: Lcdo. Yesarel Pesante Sánchez, Secretario Auxiliar; yesarel.pesante@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 3483, 3929

Nota: A tenor con la OA 2023-578, las funciones de la Secretaría Auxiliar de Servicios Médicos y Enfermería pasaron a integrarse bajo la nueva Secretaría Auxiliar para la Coordinación de Servicios y Asistencia en Salud a partir del 1ro. de septiembre de 2023.

3. Tabla resumen del Informe de Resultados 2023

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Aumentar la cantidad de espacios en los programas de educación médica graduada acreditados por ACGME. | Completada: La meta fue completada exitosamente. Además, desde el 1ro de julio de 2024, hemos aumentado un total de 261 plazas adicionales. | Objetivo 1.1. Al finalizar el año fiscal 2022-2023 se habrán logrado llenar al menos 15 plazas de nueva creación en programas de educación médica graduada. | Cantidad de plazas llenas. | 15 | 15 | 100.0% | Completado: Se logró el aumento de al menos 15 plazas adicionales al finalizar el año fiscal. La población de médicos residentes se benefició de estos resultados. El objetivo se cumplió tal como fue planificado en el Plan de Trabajo. |
| Meta 2. Identificar nuevas fuentes de ingreso para el Fondo contra Enfermedades Catastróficas Remediables. | Completada: Se logró identificar un sobrante del fondo del Programa de Cannabis de 4 millones de dólares. El presupuesto del Fondo de Enfermedades Catastróficas | Objetivo 2.1 Al finalizar el año fiscal 2022-2023 se habrán identificado nuevas fuentes de ingresos que aumenten la disponibilidad de fondos disponibles en | Cantidad de fuentes de ingreso identificadas. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se logró identificar una nueva fuente de ingresos, no recurrente, debido a presupuesto sobrante del programa de Cannabis Medicinal a través de la oficina del Gerente Fiscal. El Secretario Auxiliar de la División de Servicios Médicos y Hospitalarios identificó el sobrante del programa, y coordinó con la oficina del Gerente |
| | | | Porcentaje (%) de aumento de disponibilidad de fondos. | 10 | 31 | 310.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | Remediables ya contaba con un presupuesto de \$13 millones. Esta cifra, por tanto, representa un aumento de 31% lo cual sobrepasa el porcentaje de aumento previamente propuesto de 10% o 1.3 millones de dólares. | al menos 10% del presupuesto vigente. | | | | | Fiscal la transferencia del mismo al programa del Fondo de Enfermedades Catastróficas Remediables. |
| Meta 3. Ofrecer adiestramientos sobre cumplimiento con Ley HIPA-A en diferentes modalidades de prestación de servicios. | Completada: Se llevaron a cabo dos (2) adiestramientos (Adjuntas y Vieques). No se completaron las cinco (5) previstas ya que se llevó a cabo un ajuste en la cantidad de acuerdo a los requisitos anuales de este adiestramiento. | Objetivo 3.1 Al finalizar el año fiscal 2022-2023 se habrán ofrecido al menos 5 adiestramientos sobre cumplimiento con Ley HIPA-A. | Cantidad de adiestramientos ofrecidos. | 5 | 2 | 40.0% | Completado: Se llevaron a cabo dos (2) adiestramientos (Adjuntas y Vieques). No se completaron las cinco (5) previstas ya que se llevó a cabo un ajuste en la cantidad de acuerdo con los requisitos anuales de este adiestramiento. El objetivo se cumplió tal como fue planificado en el Plan de Trabajo. |
| Meta 4. Proveer potenciales recursos académicos para que los estudiantes del | Completada: Se logró desarrollar al menos (3) tres estrategias para el beneficio de los | Objetivo 4.1 Al finalizar el año académico 2022-2023 se habrán identificado al menos | Cantidad de estrategias identificadas. | 3 | 3 | 100.0% | Completado: Se logró la identificación de al menos tres (3) estrategias. La población beneficiada fueron los mismos internos del programa. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Internado de Dietética aprueben el examen de certificación nacional (RD/RDN). | <p>internados de dietética para la aprobación del examen de certificación nacional. Las estrategias fueron las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Combinar el material de diferentes repasos existentes (<i>Jean Inman Review + Review for Dietitians Exam</i>) para obtener información de trasfondo (racional) para escoger la mejor alternativa en preguntas de selección múltiple. <p><i>Nota: el Inman es un repaso excelente, pero es tipo bosquejo, es decir no provee explicaciones. Como hay estudiantes que</i></p> | tres estrategias de estudios para proveer herramientas a los estudiantes del Internado de Dietética. | | | | | El objetivo se cumplió tal como fue planificado en el Plan de Trabajo. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|----------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|-----------------------|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | <p><i>necesitan más información para comprender el material, entonces se les recomienda "contestar el bosquejo" con la información del otro repaso y en el proceso aprenden y comprenden el tema.</i></p> <p>2. Prácticas seriadas para contestar un máximo de 150 preguntas de los diferentes dominios en un tiempo máximo de 2 horas.</p> <p><i>Nota: el examen tiene un máximo de 150 preguntas y en ese año todavía tenían 2 horas para completarlo, así que se asignan las 150 preguntas de los diferentes dominios para que las contesten a base de</i></p> | | | | | | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|----------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|-----------------------|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | <p>1 a 1.5 minutos por pregunta.</p> <p>3. Discusión de respuestas en grupo con RDs (Program Director y/o Clinical Coordinator) para aclarar conceptos. Las preguntas que comprenden cálculos se trabajan en la pizarra.</p> | | | | | | |

Para el año 2023, la División de Servicios Médicos y Hospitalarios tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (4): 4 completadas (100.0%).
- Objetivos (4): 4 completados (100.0%).

V. Hospitales

A. Hospital Universitario de Adultos (UDH)

- Descripción:** El Hospital Universitario de Adultos sirve principalmente a una población adulta con condiciones de salud agudas y crónicas. Se manejan casos complicados y complejos ofreciendo cuidados especializados y supra terciarios. En el hospital hay 13 unidades clínicas; Medicina Hombres; Medicina Mujeres; Cirugía General; Cirugía Ortopedia; Neurocirugía Intensivo; Neurocirugía Intermedio; Oncología y Trasplante de Médula Ósea; Sala de Partos; Obstetricia y Ginecología; Nursery; Intensivo Médico-Quirúrgico; Intensivo Medicina y Sala de Evaluación de Obstetricia y Ginecología.
- Persona Contacto:** Lcdo. Jorge E. Matta González, Director Ejecutivo; j.matta@udh.pr.gov; 787-754-0101, Ext. 5209, 5220
- Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|---|-------------------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Fortalecer los servicios del Departamento de Recursos Humanos. | Completada: Recomendamos para el proceso de nombramientos que la aprobación de los diferenciales sea simultánea con la aprobación de los fondos de los salarios. En cuanto a la implementación del Plan de Clasificación entendemos que fue de gran ayuda ya que a los salarios ser más competitivos nos ayuda a tener más candidatos para | Objetivo 1.1 Para el 30 de junio de 2023, haber nombrado los puestos transitorios aprobados y solicitar la ocupación de los puestos sin nombrar para fortalecer los servicios del Departamento de Recursos Humanos. | Cantidad de puestos nombrados. | 144 | 62 | 43.1% | Completado: Logramos nombrar 62 puestos transitorios. No se logró reclutar el total de puestos transitorios ya que no había candidatos suficientes y la paga no era competitiva para muchas de las clases. Se evaluaron que todos los candidatos cumplían con los requisitos mínimos del puesto para ser nombrados. Para lograr el objetivo a mayor capacidad se estaba esperando la implementación del nuevo plan de Clasificación. |
| | | Objetivo 1.2 Mejorar en un 100% los salarios de las | Porcentaje (%) de cambio de salario | 100 | 100 | 100.0% | Completado: |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | entrevistar y lograr los nombramientos. En conclusión, es sumamente importante que el Hospital Universitario de Adultos, al ser un hospital supra terciario y especializado, tenga salarios competitivos para atraer personal clínico de calibre y poder atender el creciente volumen de pacientes complejos. | enfermeras y de todo el personal clínico y administrativo del hospital antes del 31 de diciembre de 2023. | ajustado (aumentado). | | | | A nivel del Gobierno Central se aprobó el nuevo Plan de Clasificación retroactivo al 1 de enero del 2023. Con este nuevo plan se benefician los empleados del hospital logrando así mayor retención de empleados. La OATRH ³⁷ fue la agencia encargada de implementar este nuevo Plan de Clasificación. |
| | | Objetivo 1.3 Mantener en un 85% la participación de empleados en adiestramientos. | Cantidad de adiestramientos ofrecidos. | 100 | 85 | 85.0% | Completado: La Oficina de Desarrollo de Personal se ha encargado de ofrecer todos los adiestramientos necesarios al personal de Enfermería. No hemos logrado los adiestramientos al personal administrativo, lo cual será el próximo enfoque. Tenemos un proceso para ofrecer las charlas mandatorias al personal clínico y administrativo. Además, se realizan unos calendarios de adiestramientos para personal de nuevo ingreso durante un término de tres (3) meses. |

³⁷ Oficina de Administración y Transformación de los Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 2. Aumentar el recobro por los servicios ofrecidos a pacientes del Hospital. | Completada: El hospital trabaja continuamente en disminuir las estadías prolongadas y denegaciones de servicio por parte de los planes médicos. Esto se traduce en mayor recobro de dinero. Además, se debe mantener un reclutamiento continuo de personal de enfermería para garantizar que la cantidad de camas en uso atienda las necesidades de servicio. Esto se traduce en mayor facturación por ende en mayor recobro de dinero para el hospital. | Objetivo 2.1 Mejorar en 7% la conversión de pago directo al 31 de diciembre de 2023. | Porcentaje (%) de mejora de la conversión de pago directo. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se logró reducir a un 6% (9 casos por mes aproximadamente) el volumen de pagos directos. Este por ciento corresponde a pacientes que no cualifican por estatus Migratorio o Ingresos. Hubo cambio de Compañía de Manejo de Ciclo de Ingresos. La población de Puerto Rico se beneficia con esto. La Compañía actual de Facturación y Cobro (maneja el ciclo de ingresos hospitalario) tiene contactos en el Programa de Asistencia Médica, por lo que lograron llegar a acuerdos de colaboración y agilizar el proceso de evaluación de los pacientes admitidos. |
| | | Objetivo 2.2 Mantener las estadías prolongadas no justificadas de pacientes en no más de un 25%. | Porcentaje (%) de estadías prolongadas no justificadas. | 25 | 20.3 | 81.2% | Completado: <i># casos con estadía prolongadas (más de 10 días en el hospital).</i> Se logró un 20.3% de casos con estadía prolongadas. Nos mantuvimos por debajo de un 25% lo cual es positivo. Se reforzaron las áreas clínicas con manejadores de caso. Además, se realizaron reuniones periódicamente con el equipo multidisciplinario. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Objetivo 2.3 Aumentar la capacidad de camas. Apertura de 5 camas adicionales en las unidades de cuidado de Intensivo en los próximos 2 meses. Apertura de 16 camas adicionales en las unidades de cuidado de las Medicinas en los próximos 3 meses. | Porcentaje (%) de cambio de capacidad de camas. | 16 | 15 | 93.78% | Completado: Se abrieron siete (7) camas en Intensivo/Intermedio; cuatro (4) camas en las Unidades de Medicina y cuatro (4) camas en la Unidad de Ortopedia. Se abrieron 15 camas de las 16 propuesta para un 94% de cumplimiento con la meta. La razón de no abrir esa cama adicional fue a causa de renuncia de personal de enfermería. La apertura de camas disminuye el flujo de pacientes de la sala de emergencia, acortando el tiempo de espera de una cama, beneficiando a los a pacientes. Esto se logró mediante un reclutamiento continuo de personal de enfermería donde se sustituyen las renunciaciones con la mayor premura. |
| Meta 3. Cumplir con el plan de mejoras permanentes a la planta física del Hospital. (Proyectos CAPEX). | En proceso: El hospital se encuentra actualmente trabajando activamente con el plan de mejoras permanentes a la planta física del | Objetivo 3.1 Asegurar el 100% de la asignación de fondos para cumplir con los proyectos CAPEX. | Porcentaje (%) de fondos asignados para cumplir con los proyectos CAPEX. | 100 | 75 | 75.0% | En proceso: Se logró la asignación de fondos proyectos CAPEX de la siguiente manera: *2020 - 100% *2022 y 2024 (parcial) Estos proyectos benefician a todos los pacientes del hospital y a su vez al personal del mismo. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | Hospital. Hay muchos proyectos ya en curso, pero son proyectos de largo plazo. | | | | | | Esto se logró mediante seguimiento por parte del Departamento de Ingeniería y Ambiente de Cuidado con apoyo del Director Ejecutivo. |
| | | Objetivo 3.2 Vigilar cumplimiento del 100% de asignación de subastas de los proyectos CAPEX antes del 31 de diciembre de 2023. | Porcentaje (%) de cumplimiento de asignación de subastas de proyectos CAPEX. | 100 | 75 | 75.0% | En proceso: La mayoría de las subastas se adjudicaron antes del 31 de diciembre de 2023. Hay algunas subastas que están pendientes y en proceso para completar en el 2024. Esto se logró mediante seguimiento por parte del Departamento de Ingeniería y Ambiente de Cuidado con apoyo del Director Ejecutivo. Además, con todo el apoyo del Departamento de Compras cumpliendo con los procesos de rigor. |
| Meta 4. Desarrollar un sistema de información computarizado que | Completada: Recomendamos que se debe trabajar en las conexiones externas a través de ASEM ³⁸ y el | Objetivo 4.1 En o antes de diciembre 2023, comenzar con las reuniones, la construcción y la | Cantidad de contratos firmados. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: El objetivo se logró. Se ha logrado adelantar la infraestructura de sistema y comunicaciones de la red interna de UDH. Aún queda completar un 25% de proyecto. |
| | | | Cantidad de reuniones. | 40 | 40 | 100.0% | |

³⁸ Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--------------------------------------|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| se integre con los sistemas de ASEM. | Departamento de Salud para poder tener un sistema redundante y con mayor velocidad en la transmisión de datos. | implementación del Sistema. | | | | | Se completó el objetivo tal y como se propuso. |
| | | Objetivo 4.2 Durante el año 2022 se realizó la subasta para el Proyecto de mejorar la infraestructura y las Comunicaciones del Hospital con nuestro proveedor de servicios (ASEM), al principio del año 2023 se le adjudicó a la compañía que cumplió con todos los requisitos solicitados y en este momento estamos en el proceso de visto bueno por parte del PRITS ³⁹ y de OGP ⁴⁰ . | Porcentaje (%) de capacidad de los nuevos equipos de comunicaciones. | 100 | 75 | 75.0% | Completado: Se logró una subasta que cumpliera con todas las expectativas y requisitos de las necesidades existentes para el hospital. La población que se beneficia directamente de este proyecto son los empleados del hospital. Se realizó primero una subasta. Luego como parte del plan de trabajo se realizaban reuniones semanales con el equipo de manera de cumplir con el <i>timeline</i> del proyecto. |

³⁹ Puerto Rico Innovation and Technology Service

⁴⁰ Oficina de Gerencia y Presupuesto

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|---|--|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | <p>Objetivo 4.3 Durante el año 2022 el Hospital adquirió mediante subasta 60 (COW) carros nuevos de documentación para sumarse a los 45 que se adquirieron de medicamentos acelerando la rapidez en el tratamiento del paciente y la efectividad de los datos obtenidos.</p> | Cantidad de llamadas de servicio (efectividad del sistema) de la oficina de Informática. | 60 | 60 | 100.0% | <p>Completado: Se logró una subasta que cumpliera con todas las expectativas y requisitos de las necesidades existentes para el hospital. La población que se beneficia directamente de este proyecto son los empleados y los pacientes del hospital. Se realizó primero una subasta. Luego como parte del plan de trabajo se instalaron <i>access points</i> en los diferentes pisos del hospital para cumplir con este proceso. Alrededor de 110 <i>access points</i>.</p> |
| <p>Meta 5. Cumplir con el proceso de Acreditación de Hospitales de la Comisión Conjunta.</p> | <p>Completada: La próxima acreditación de la Comisión Conjunta se espera para finales del 2025 hasta el 2026.</p> | <p>Objetivo 5.1 Realizar un auto avalúo anual con los estándares establecidos para enero 2023. 85% de cumplimiento.</p> | Porcentaje (%) de cumplimiento de los estándares. | 85 | 85 | 100.0% | <p>Completado: Se logró realizar el auto avalúo de cumplimiento con los estándares del <i>Joint Commission (continuous monitoring)</i>. Se cumplió con el 90% de los estándares sobrepasando el 85% estimado. La población beneficiada con este logro son la Facultad Medica y las Residencias por el cumplimiento del <i>Joint Commission</i> con ACGME⁴¹.</p> |

⁴¹ Accreditation Council for Graduate Medical Education

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | Además, se cumplen con las metas de seguridad y calidad con los pacientes. Aún nos queda pendiente aumentar los proyectos de mejoramiento identificados como necesitados en distintas áreas. Se estandarizó el proceso de auto avalúo. Se oriento a los lideres para realizarlo. Se completo tal y como se propuso. |
| | | Objetivo 5.2 Mantener el cumplimiento en un 85% o más según los estándares de la Comisión Conjunta. | Porcentaje (%) de cumplimiento de los estándares. | 85 | 85 | 100.0% | Completado: El auto avalúo reflejo que se mantuvo el cumplimiento con los estándares del <i>Joint Commission (continuous monitoring)</i> . Se cumplió con el 90% de los estándares sobrepasando el 85% estimado. Estandarizando los procesos y orientando al personal. (Mediante sesiones virtuales y presenciales con los líderes de acreditación). |

Para el año 2023, la Hospital Universitario de Adultos (UDH) tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (5): 4 completadas (80.0%), y 1 en proceso (20.0%).
- Objetivos (13): 11 completados (84.6%), y 2 en proceso (15.4%).

B. Hospital Universitario Dr. Ramón Ruíz Arnau (HURRA)

1. **Descripción:** El Hospital Universitario Dr. Ramón Ruíz Arnau, también conocido por sus siglas HURRA, es una facilidad de salud que ofrece servicios médicos hospitalarios, quirúrgicos y ambulatorios de nivel de atención de salud primario y secundario.
2. **Persona Contacto:** Lcdo. Yesarel Y. Pesante Sánchez, Director Ejecutivo Interino; yesarel.pesante@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 3483, 8026
3. **Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Autosuficiencia financiera. | Completada: Aunque la meta preestablecida fue alcanzada, esta meta continúa siendo puesta en práctica bajo el plan de trabajo del año actual. El HURRA pudo aumentar su censo, sus visitas a la sala de emergencia y las visitas a las clínicas externas. | Objetivo 1.1 Aumentar visitas ER. | Cantidad de visitas realizadas. | 18,000 | 20,371 | 113.2% | Completado: Se logró un aumento significativo en las visitas a la Sala de Emergencia del Hospital. El objetivo se completó tal como se propuso en el Plan de Trabajo. El Hospital Universitario Ramón Ruíz Arnau (HURRA) está atravesando por una renovación completa, desde infraestructura y recursos, hasta los servicios médicos ofrecidos. |
| | | Objetivo 1.2 Aumentar censo piso. | Cantidad de aumento del censo. | 1,600 | 1,524 | 95.3% | Completado: Se logró un aumento significativo en el censo de piso del Hospital. |
| | | Objetivo 1.3 Aumentar visitas a clínicas externas. | Cantidad de visitas realizadas. | --- | --- | --- | Completado: Se logró un aumento significativo en las visitas a las clínicas externas del Hospital. |
| Meta 2. Infraestructura. | Completada: Los trabajos siguen su curso de acuerdo al plan establecido. | Objetivo 2.1 Continuar con las remodelaciones del | Porcentaje (%) remodelación completada. | --- | --- | --- | En proceso: Los proyectos CaPex continúan su curso tal como fue planificado. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|---|-----------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | hospital según los proyectos CAPEX. | | | | | El Hospital Universitario Ramón Ruiz Arnau (HURRA) está atravesando por una renovación completa, desde infraestructura y recursos, hasta los servicios médicos ofrecidos. |
| Meta 3. Aumentar el recurso humano en el hospital. | En proceso: Aunque logramos descongelar las plazas, en la actualidad nos encontramos en el proceso de reclutamiento del personal técnico y clínico necesario para cubrir las necesidades actuales del hospital. | Objetivo 3.1 Descongelar plazas vacantes. | Cantidad de plazas descongeladas. | --- | --- | --- | Completado: Las plazas vacantes para enfermeros, técnicos y cocineros fueron descongeladas. El objetivo se completó tal como se propuso en el Plan de Trabajo. El Hospital Universitario Ramón Ruiz Arnau (HURRA) está atravesando por una renovación completa, desde infraestructura y recursos humanos, hasta los servicios médicos ofrecidos. |

Para el año 2023, la Hospital Universitario Dr. Ramón Ruiz Arnau (HURRA) tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (3): 2 completadas (66.7%), y 1 en proceso (33.3%).
- Objetivos (5): 4 completados (80.0%), y 1 en proceso (20.0%).

VI. **Secretaría Auxiliar para la Regulación de la Salud Pública**

La Secretaría Auxiliar para la Regulación de la Salud Pública (SARSP) está encargada de la regulación, planificación y fiscalización de las facilidades de salud y los profesionales de la salud. Esta Secretaría agrupa las divisiones del DSPR que tienen como misión el velar por servicios de calidad a los pacientes y que las instituciones y los profesionales de salud cumplan con la legislación y regulaciones de servicios de salud. La SARSP supervisa las siguientes divisiones: División de Acreditación de Facilidades de Salud; División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud; División de Sustancias Controladas; y División de Cannabis Medicinal.

- **Persona contacto:** Sr. Kevin O. Rojas Collazo, Secretario Auxiliar; kevin.rojas@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 4701, 6872

A. División de Cannabis Medicinal

1. **Descripción:** La División de Cannabis Medicinal (DCM) sirve como estructura de apoyo administrativo y operacional a la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal (JRCM), la cual fue creada en virtud de la Ley Núm. 42 del 9 de julio de 2017, según enmendada, conocida como “Ley para Manejar el Estudio, Desarrollo e Investigación del Cannabis para la Innovación, Normas Aplicables y Límites (Ley MEDICINAL)” y el Reglamento Número 9038 titulado “Reglamento para Manejar el Estudio, Desarrollo e Investigación del Cannabis para la Innovación, Normas Aplicables y Límites”. La JRCM garantiza la seguridad de los pacientes, recursos, comunidad médica y establecimientos debidamente licenciados, además de llevar a cabo todas las acciones pertinentes y necesarias para hacer cumplir la Ley Núm. 42-2017, el Reglamento Núm. 9038 de 2 de julio 2018 y la política pública del Gobierno de Puerto Rico. Siguiendo las directrices de la JRCM, esta División implanta políticas de fiscalización eficaces y justas, lo que permite promover la prestación de servicios que redunden en el bienestar y mejora de calidad de vida de los pacientes.
2. **Persona Contacto:** Lcda. Arlene Questell Aguirre, Directora; arlene.questell@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 6874, 6831
3. **Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Equipar en un 100% la nueva facilidad de la Oficina de la JRCM en Metro Office Park en Guaynabo. | En proceso: Durante la implementación de la Meta 1, se lograron avances importantes en la habilitación de la nueva oficina de la JRCM, cumpliendo con los objetivos de infraestructura y equipamiento al instalar cableado, cámaras de seguridad y control de acceso, lo cual mejoró la seguridad y | Objetivo 1.1 Instalación de cableado, cámaras de seguridad y control de acceso para la nueva facilidad de la Oficina de la JRCM en Guaynabo. Se proyecta completado en un 100% al 30 de julio de 2023. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | 3 | 3 | 100.0% | Completado: La oficina de la JRCM cuenta con cableado, cámaras de seguridad y control de acceso. De este modo el personal de la oficina cuenta con la herramienta básica de conexión de internet para que los servicios que se ofrecen al pueblo no se vean afectados. Además, que con la instalación de cámaras y control de acceso el personal, la información confidencial que maneja la oficina se encuentra protegida. Con la instalación de cableado, cámaras de seguridad y control de acceso en la nueva oficina de la |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | garantizó la continuidad de los servicios. También se completó la entrega de mobiliario y materiales, creando un entorno de trabajo adecuado y funcional para todo el personal. Sin embargo, el proceso de contratación de 14 nuevos inspectores presentó dificultades, logrando cubrir solo una vacante al 31 de diciembre de 2023, debido a la limitada disponibilidad de candidatos calificados. Para enfrentar este desafío, se recomienda mejorar las estrategias de | | | | | | JRCM ⁴² en Metro Office Park en Guaynabo, se lograron mejoras importantes en infraestructura y seguridad. La oficina ahora cuenta con una conexión a internet estable, fundamental para garantizar la continuidad de los servicios al público, además de sistemas de seguridad que protegen tanto al personal como la información confidencial que maneja la oficina. Estos cambios fortalecieron la seguridad física y digital, ya que el control de acceso y las cámaras permiten un ambiente de trabajo más seguro para el personal, los activos y los datos. Asimismo, contar con un sistema de cableado adecuado contribuye a la eficiencia de los procesos, al asegurar que las labores puedan realizarse sin interrupciones. De esta forma, se ha logrado completar este objetivo tal como se propuso en el Plan de Trabajo 2023, cumpliendo con la |

⁴² Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | reclutamiento, explorar incentivos para el puesto de inspector y agilizar el proceso de selección. A pesar de estos desafíos, el entorno de trabajo creado beneficia tanto al personal como a los ciudadanos que requieren servicios de la JRCM. Con un seguimiento continuo y mejoras en el reclutamiento, se proyecta alcanzar la meta completa en 2024. | | | | | | meta del 100% de equipamiento y asegurando que la nueva localidad esté completamente operativa y segura. |
| | | Objetivo 1.2 Entrevistar prospectos para contratar 14 inspectores nuevos para la Oficina de la JRCM con el propósito de incrementar las inspecciones de los establecimientos de Cannabis Medicinal. Se Proyecta completado en un 100% para el 31 de diciembre de 2023. | Cantidad de Evaluaciones realizadas (por tiempo). | 14 | 4 | 28.6% | En proceso: La Oficina de la JRCM ⁴³ continúa en proceso de entrevistar prospectos para el puesto de inspector con el objetivo de contratar a 14 nuevos inspectores para incrementar las inspecciones en los establecimientos de cannabis medicinal. Aunque el objetivo era completar el proceso al 100% para el 31 de diciembre de 2023, hasta esa fecha se logró entrevistar a cuatro candidatos, de los cuales solo uno fue contratado para llenar una de las vacantes. El objetivo no se alcanzó para la fecha proyectada del 31 de diciembre de 2023. Esto se debe a factores como la disponibilidad limitada de candidatos calificados, requisitos específicos del puesto y un proceso de selección riguroso que asegura |
| | | Personal disponible por nivel de respuesta. | 4 | 4 | 100.0% | | |

⁴³ Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | que los inspectores cumplan con los estándares necesarios para realizar las inspecciones adecuadamente. Aunque el objetivo no se logró en el plazo inicial, se proyecta que el proceso de contratación continúe durante 2024 hasta cubrir las vacantes. |
| | | Objetivo 1.3 Entrega de escritorios, muebles, archivos, sillas y materiales necesarios para el funcionamiento de la nueva localidad de la Oficina JRCM. Se proyecta completado en un 100% para el 31 de diciembre de 2023. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: La entrega de los escritorios, muebles, archivos, sillas y materiales a la nueva localidad de la Oficina de la JRCM ⁴⁴ se completó al 100%. Esto permitió crear un espacio de trabajo adecuado y seguro para nuestro personal en donde podrán llevar a cabo sus funciones y brindar sus servicios. Además de nuestro personal, también se ve beneficiado aquellas personas que nos visiten para recibir algún servicio por la Oficina de JRCM. La entrega de escritorios, muebles, archivos, sillas y otros materiales necesarios para la nueva oficina de la |

⁴⁴ Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | JRCM se completó al 100%, lo que permitió crear un espacio de trabajo adecuado y seguro tanto para el personal como para los ciudadanos que visitan la oficina. La instalación de este mobiliario mejoró la organización y distribución de las áreas, proporcionando un entorno profesional que fomenta la productividad y el bienestar del equipo. Además, se han implementado procedimientos de mantenimiento periódico. Este objetivo se completó según lo propuesto en el Plan de Trabajo 2023, cumpliendo al 100% para la fecha proyectada del 31 de diciembre de 2023, y asegurando que la nueva instalación esté plenamente operativa para brindar un servicio de calidad. |
| Meta 2. Completar en un 100% el Estudio de Saturación de Mercado de Cannabis Medicinal. | En demora: La Meta 2, orientada a completar el Estudio de Saturación de Mercado de Cannabis Medicinal, se lograron avances significativos, pero con algunas demoras en el plan | Objetivo 2.1 Culminar el proceso de evaluación de propuestas de compañías en el Departamento de Salud para la contratación de compañía que realice | Número de evaluaciones / estudios enfocados en las necesidades de la población y los retos contextuales. | 3 | 3 | 100.0% | Completado: Se logró culminar el proceso de evaluación de propuestas sometidas bajo el Pliego RFP-SP-2022-2023-038-JRCM en el Departamento de Salud para la contratación de una compañía que realice el estudio de saturación de mercado para la Oficina de la Junta Reglamentadora |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | de trabajo propuesto. La contratación de la compañía V2A, LLC en noviembre de 2023 fue un paso clave, pues permitió iniciar las primeras etapas de recolección de datos. No obstante, a diciembre de 2023, el proceso se encontraba en una fase inicial, ya que la entrega de información completa y la culminación de todas las etapas planificadas para octubre aún no se habían logrado. Se recomienda optimizar los procesos de recolección y entrega de datos, asignar recursos adicionales de ser necesario y ajustar el plan de trabajo para el año | estudio de Saturación de Mercado para la Oficina JRCM. Se proyecta completado en un 100% para el 30 de junio de 2023. | | | | | de Cannabis Medicinal (JRCM). Al finalizar este proceso, se seleccionó y contrató a la compañía V2A, LLC, una compañía especializada en análisis de mercado, cuyo contrato entró en vigencia el 1 de noviembre de 2023. Esto representa un avance importante, ya que permitirá llevar a cabo un análisis detallado, facilitando decisiones informadas sobre regulaciones, licencias y políticas en este sector. Los beneficiados directos son los pacientes de cannabis medicinal, las empresas del sector, quienes contarán con datos clave para mejorar sus prácticas comerciales. Finalmente, tanto el Departamento de Salud como la Junta Reglamentadora se beneficiarán de contar con información precisa y confiable, permitiéndoles implementar políticas adecuadas para el crecimiento y la regulación del mercado de cannabis medicinal. Este objetivo se logró mediante un proceso estructurado de evaluación y selección de propuestas, siguiendo las directrices del Pliego RFP-SP-2022-2023-038-JRCM. Este proceso |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|--|--|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | 2024, con el fin de completar las etapas pendientes y cumplir con los objetivos. | | | | | | incluyó la revisión y análisis detallado de las propuestas recibidas, permitiendo identificar la compañía con la experiencia y capacidad técnica adecuada para llevar a cabo el estudio de saturación de mercado. La compañía seleccionada, V2A, LLC, aporta experiencia especializada en análisis de mercado, lo cual fue fundamental para el éxito de este proceso. Para alcanzar este objetivo, se implementaron ajustes en el proceso de contratación y se optimizaron los recursos de la Oficina de la Junta Reglamentadora de Cannabis Medicinal (JRCM) con el fin de asegurar un análisis exhaustivo y una toma de decisiones informada. No se registraron cambios significativos en el personal, pero se fortaleció la coordinación interna y la colaboración con el Departamento de Salud para cumplir con los plazos establecidos. |
| | | Objetivo 2.2 Entregar el 100% de la información para llevar a cabo el Estudio de Saturación de Mercado del | Número de evaluaciones / estudios enfocados en las necesidades de la población y los | 100 | 15 | 15.0% | En proceso: Para diciembre de 2023, el objetivo seguía en proceso. Se habían comenzado a proporcionar a V2A, LLC los primeros conjuntos de datos necesarios para iniciar el análisis de |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | Cannabis Medicinal en Puerto Rico el mes de octubre de 2023. | retos contextuales. | | | | saturación de mercado del cannabis medicinal en Puerto Rico. Aunque la entrega de toda la información no se completó en su totalidad, estos datos iniciales permitieron que la empresa pudiera empezar con las primeras fases del estudio. Se logró iniciar la entrega de información, facilitando así el suministro de los datos requeridos. Para ello, se implementaron procedimientos internos de organización y revisión de información que incluyeron un análisis exhaustivo de las bases de datos disponibles en la OJRCM ⁴⁵ . El equipo de la JRCM adaptó sus procesos para priorizar la entrega de datos y asegurar su calidad. Se espera que este objetivo pueda completarse en 2024. |
| | | | Número de instrumentos de recopilación de datos utilizados. | 4 | 1 | 25.0% | |
| | | Objetivo 2.3 Culminar en el 100% de las etapas establecidas en el | Número de instrumentos de recopilación de datos utilizados. | 100 | 5 | 5.0% | En demora: Para diciembre de 2023, el objetivo se encontraba en demora. La compañía V2A, LLC estaba en la |

⁴⁵ Oficina de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | plan de trabajo de estudio de saturación de mercado del cannabis medicinal para el mes de octubre de 2023. | | | | | primera etapa de recopilación de información, fase inicial del estudio de saturación de mercado del cannabis medicinal. Aunque no se lograron cumplir todas las etapas planificadas para octubre, el trabajo preliminar de recolección de datos había comenzado, lo cual es un paso importante para el avance del proyecto. A diciembre de 2023, se iniciaron las primeras etapas del plan de trabajo para el estudio de saturación de mercado. Si bien no se registraron cambios en el personal, el equipo de la JRCM ajustó sus prioridades para apoyar de manera más efectiva el proceso de recolección de datos. No se logró culminar todas las etapas en su totalidad, pero se espera completar este objetivo en 2024. |
| Meta 3. Completar la conversión de todos los empleados de la OJRCM por contrato a empleados transitorios del Departamento de Salud. | Completada: Durante la implementación de la Meta 3, que buscaba completar la conversión de todos los empleados de la OJRCM por contrato a empleados | Objetivo 3.1 Lograr la aprobación del aumento en la partida de nómina solicitada para el año fiscal 2023-2024 para empleados transitorios para julio 2023. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se logró la aprobación del aumento en la partida de nómina solicitada para el año fiscal 2023-2024, permitiendo financiar los salarios de los empleados transitorios de la Oficina de la Junta Reglamentadora de Cannabis Medicinal (OJRCM). Este logro representa un paso importante |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | transitorios del Departamento de Salud, se lograron avances significativos, como la aprobación de la solicitud de documentación para la conversión de doce (12) empleados y la obtención del visto bueno de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP) para los puestos solicitados. Estos logros evidencian una coordinación efectiva entre la OJRCM y las entidades correspondientes, lo que resultó en una mayor estabilidad organizativa y en la formalización del personal, mejorando su compromiso. Se recomienda continuar esfuerzo para la conversión y reclutamiento de | | | | | | hacia la conversión de empleados contratados a empleados transitorios, asegurando una mayor estabilidad laboral. La aprobación del aumento en la partida de nómina se logró mediante una estrecha coordinación entre la OJRCM y el Departamento de Salud, donde se justificó la necesidad de financiar a los empleados transitorios, presentando un análisis detallado de los requerimientos operacionales y los beneficios para la OJRCM y el personal. Este cambio contribuyó a una mayor estabilidad para aquellos empleados transitorios. |
| | | Objetivo 3.2 Completar en un 100% la solicitud de documentación por la Oficina de Recursos Humanos del Departamento de Salud para la conversión de doce (12) empleados transitorios para mayo de 2023. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | 12 | 12 | 100.0% | Completado: Se logró completar en un 100% la solicitud de documentación por la Oficina de Recursos Humanos del Departamento de Salud para la conversión de doce (12) empleados transitorios. Este logro marca un avance significativo en el proceso de formalización del personal de la OJRCM. Este objetivo se alcanzó en colaboración con la Oficina de Recursos Humanos, lo que permitió formalizar a parte del personal que |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|--|---|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | nuevo personal y desarrollar un plan de capacitación para el personal, asegurando así un entorno de trabajo eficiente y comprometido en la OJRCM. | | | | | | calificó para comenzar el proceso de conversión a empleado transitorio. Al completar este objetivo tal como se propuso en el Plan de Trabajo 2023, la OJRCM ⁴⁶ ha fortalecido su estructura organizativa, lo que permite una mayor estabilidad en su operación y la concentración de sus esfuerzos en la regulación del cannabis medicinal. |
| | | Objetivo 3.3 Recibir la aprobación de OGP para doce (12) puestos transitorios solicitados por la OJRCM para diciembre de 2023. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | 12 | 12 | 100.0% | Completado: Se logró recibir la aprobación de Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP) para doce (12) puestos transitorios solicitados por la OJRCM. Este alcance permitió agilizar el proceso de nombramiento de aquellos empleados que calificaron para los puestos transitorios solicitados. Esta aprobación se consiguió mediante una comunicación constante y efectiva con la OGP, en la que se presentaron justificaciones claras sobre la necesidad de los |

⁴⁶ Oficina de la Junta Reglamentadora de Cannabis Medicinal

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | puestos y sus funciones. Con este logro, que se completó tal como se propuso en el Plan de Trabajo 2023, se contribuyó a la formalización del personal y a una mayor estabilidad organizativa en la OJRCM. Además, esta integración optimiza la capacidad de operación de la oficina JRCM, permitiéndole responder de manera más efectiva a las demandas del Programa del Cannabis Medicinal y avanzar en sus objetivos a largo plazo. |
| Meta 4. Completar en un 75% las enmiendas al Reglamento 9038. | Sin comenzar: La Meta 4 buscaba avanzar en un 75% las enmiendas al Reglamento 9038, con el fin de actualizar y optimizar las normativas relacionadas con la regulación del cannabis medicinal. Sin embargo, | Objetivo 4.1 Completar el 100% de reuniones periódicas calendarizadas para la discusión de enmiendas propuestas al 31 de julio de 2023. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | 100 | 0 | 0.0% | Sin comenzar: <i>Presentar borrador del Reglamento enmendado a los miembros de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal en diciembre de 2023 para su debida aprobación.</i> El objetivo 4.1 no se alcanzó debido a retrasos en la planificación y a la reasignación de recursos hacia otras iniciativas de mayor prioridad dentro de la OJRCM ⁴⁷ . Estos factores han impedido que se establezca un |

⁴⁷ Oficina de la Junta Reglamentadora de Cannabis Medicinal

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | ninguno de los objetivos relacionados con esta meta ha comenzado. El objetivo 4.1, que contemplaba completar reuniones de discusión de las enmiendas para julio de 2023, y el objetivo 4.2, que consistía en la revisión e incorporación de comentarios para octubre de 2023, no se lograron debido a retrasos en la planificación y la priorización de otros proyectos. Por consecuencia, el objetivo 4.3, que buscaba presentar el borrador enmendado a la Junta Reglamentadora en diciembre de 2023, también quedó sin iniciar. | | | | | | calendario de reuniones y se inicie el proceso de discusión. Se espera que para el para el plan de trabaja del 2025 se pueda completar. |
| | | Objetivo 4.2 Revisión e incorporación del 100% de los comentarios emitidos sobre las enmiendas al 31 de octubre de 2023. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | 100 | 0 | 0.0% | Sin comenzar: El objetivo de revisión e incorporación del 100% de los comentarios emitidos sobre las enmiendas, no se ha comenzado. Al igual que en el objetivo anterior, no se ha realizado ningún avance en la revisión e incorporación de comentarios sobre las enmiendas al Reglamento 9038, ya que este objetivo aún no ha comenzado. Se espera que para el Plan de Trabajo de 2025 se pueda completar. |
| | | Objetivo 4.3 Presentar borrador del Reglamento enmendado a los miembros de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal en diciembre de 2023 para su debida aprobación. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | 100 | 0 | 0.0% | Sin comenzar: El objetivo de presentar borrador del Reglamento enmendado a los miembros de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal, no se ha comenzado. El objetivo 4.3, que consistía en presentar el borrador del Reglamento 9038 enmendado a los miembros de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal para diciembre de 2023, aún no ha comenzado. Este retraso |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|--|--|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | | | | | se debe a que los objetivos previos, que incluyen la discusión (Objetivo 4.1) y la revisión de comentarios (Objetivo 4.2), tampoco han avanzado, lo cual ha impedido la elaboración del borrador final. |
| <p>Meta 5. Completar en un 50% la campaña de capacitación y educación de todos los componentes de la Industria del Cannabis Medicinal en coordinación con la Oficina de Prensa del Departamento de Salud.</p> | <p>Cancelada: La Meta 5, orientada a desarrollar una campaña de capacitación y educación para la Industria del Cannabis Medicinal, se encontraron obstáculos que resultaron en la cancelación de sus objetivos. La falta de coordinación efectiva, recursos insuficientes y la priorización de otros proyectos impidieron el cumplimiento de las fases planificadas, desde la entrega de información inicial hasta el</p> | <p>Objetivo 5.1 Culminar el 100% del envío de Información a la Oficina de Comunicaciones del Departamento de Salud para que redacten borrador de campaña para febrero 2023.</p> | <p>Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa.</p> | --- | --- | --- | <p>Cancelado: El Objetivo 5.1 se centraba en culminar el 100% del envío de información a la Oficina de Comunicaciones del Departamento de Salud para que se redactara un borrador de campaña para febrero de 2023. Sin embargo, este objetivo no se completó debido a la cancelación de la Meta 5, que abarcaba la campaña de capacitación y educación para el Programa del Cannabis Medicinal. Como resultado, no se enviaron los comentarios requeridos ni se avanzó en el desarrollo del borrador de la campaña. Aún no se ha establecido una nueva fecha de cumplimiento definitiva para este objetivo, pero se proyecta que se podría reanudar la campaña de capacitación y educación en el segundo semestre del 2025.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | establecimiento de fechas de lanzamiento. La cancelación de los objetivos 5.1 y 5.2, que consistían en el envío de información y la revisión de un borrador de campaña, dejó sin bases para avanzar en el lanzamiento, por lo que también se canceló el objetivo 5.3, que debía establecer fechas de inicio de la campaña en noviembre de 2023. | Objetivo 5.2 Culminar el 100% de los comentarios del borrador de campaña enviado por la Oficina de Comunicaciones para junio de 2023. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | --- | --- | --- | Cancelado: El Objetivo 5.2 planteaba culminar el 100% de los comentarios sobre el borrador de la campaña enviado por la Oficina de Comunicaciones para junio de 2023. Sin embargo, dado que la Meta 5 fue cancelada, el borrador de campaña no fue completado, y por lo tanto no se enviaron comentarios. Esta cancelación interrumpió el proceso de colaboración entre la Oficina de la JRCM ⁴⁸ y la Oficina de Comunicaciones del Departamento de Salud para la campaña educativa del Programa de Cannabis Medicinal. Aún no se ha establecido una nueva fecha de cumplimiento definitiva para este objetivo, pero se proyecta que se podría reanudar la campaña de capacitación y educación en el segundo semestre del 2025. |
| | | Objetivo 5.3 Establecer fechas de Lanzamiento de la | Cantidad de proyectos de mejoramiento de | --- | --- | --- | Cancelado: El Objetivo 5.3 buscaba establecer las fechas de lanzamiento de la |

⁴⁸ Junta Reglamentadora de Cannabis Medicinal

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Campaña de Capacitación y Educación para impactar los componentes de la Industria del Cannabis Medicinal durante noviembre de 2023. | desempeño y calidad por unidad / programa. | | | | campaña de capacitación y educación para impactar los componentes del Programa del Cannabis Medicinal en noviembre de 2023. Sin embargo, debido a la cancelación de la Meta 5, este objetivo también fue cancelado, por lo que no se establecieron fechas de lanzamiento para la campaña. Como resultado, el proceso de capacitación y educación para el Programa del Cannabis Medicinal quedó suspendido en esta etapa. Aún no se ha establecido una nueva fecha de cumplimiento definitiva para este objetivo, pero se proyecta que se podría reanudar la campaña de capacitación y educación en el segundo semestre del 2025. |
| | | | Cantidad de Orientaciones y/o Presentaciones. | --- | --- | --- | |

Para el año 2023, la División de Cannabis Medicinal tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (5): 1 completada (20.0%), 1 en proceso (20.0%), 1 en demora (20.0%), 1 sin comenzar (20.0%), y 1 cancelada (20.0%).
- Objetivos (15): 6 completados (40.0%), 2 en proceso (13.3%), 1 en demora (6.7%), 3 sin comenzar (20.0%), y 3 cancelados (20.0%).

VII. **Secretaría Auxiliar para la Vigilancia y Protección de la Salud Pública**

La Secretaría Auxiliar para la Vigilancia y la Protección de la Salud (SAVPS) tiene el objetivo de proteger la salud y el bienestar de la población de Puerto Rico. Esta Secretaría agrupa las divisiones del DSPR que tienen la función de monitorear la salud y responder a cualquier amenaza emergente, reemergente o persistente a esta. La SAVPS está compuesta por siguientes divisiones: División de Epidemiología e Investigación; División de Preparación y Coordinación de Respuestas en Salud Pública; División de Salud Ambiental; División de Vacunación; y el Instituto de Laboratorios de Salud Pública.

- **Persona contacto:** Dra. Melissa Marzán Rodríguez, Secretaria Auxiliar Interina/Principal Oficial de Epidemiología; melissa.marzan@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 4116

A. División de Epidemiología e Investigación

1. Descripción: La División de Epidemiología e Investigación (DEI) está encargada de recopilar datos sobre las enfermedades que afectan a las personas y comunidades, así como investigar brotes de enfermedades y epidemias. En esta División se incorporan todos los sistemas de vigilancia epidemiológica del DSPR, además de los proyectos especiales asignados, y las funciones relacionadas con vigilancia epidemiológica de todo personal del DSPR incluyendo, pero no limitándose, a la dirección, coordinación o administración de un sistema de vigilancia epidemiológica.

2. Persona Contacto: Lcda. Sylvianette Luna Anavitate, Directora; sylvianette.luna@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 3121, 3442

Nota: A tenor con la OA 2023-578, las funciones de la Oficina de Epidemiología e Investigación pasaron a integrarse bajo la nueva Secretaría Auxiliar para la Vigilancia y Protección de la Salud Pública a partir del 1ro. de septiembre de 2023.

3. Tabla resumen del Informe de Resultados 2023

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Controlar la cadena de transmisión de enfermedades de notificación obligatoria transmisibles según la Orden Administrativa #358 de octubre 2016. | Completada: Se logró disminuir y/o controlar la cadena de transmisión de las enfermedades trabajadas por los sistemas de Vigilancia Epidemiológica, como estaba propuesto. En total se identificaron un total de 344,827 casos y se rastrearon 114,260 contactos. A través de las investigaciones de caso realizadas por los sistemas de vigilancia, | Objetivo 1.1 Para el 29 de diciembre de 2023, se propone disminuir y/o controlar la cadena de transmisión de 10 enfermedades trabajadas por las Vigilancias Epidemiológicas de la Oficina de Epidemiología e Investigación. | Porcentaje (%) de investigaciones de casos realizadas. | 475,962 | 207,283 | 43.6% | Completado: Se logró disminuir y/o controlar la cadena de transmisión de las enfermedades trabajadas por los sistemas de Vigilancia Epidemiológica, como estaba propuesto. En total se identificaron un total de 344,827 casos y se rastrearon 114,260 contactos. Todo se logró de acuerdo con lo propuesto. Las vigilancias que no realizaron alguna actividad (como Influenza para la investigación de caso y rastreo de contactos) es porque la misma no se encuentra entre sus objetivos. Además, en línea con las nuevas guías y directrices, el rastreo de contactos de COVID-19 |
| | | | Porcentaje (%) de llamadas de rastreo de contactos. | 114,260 | 52,526 | 46.0% | |
| | | | Cantidad de pruebas realizadas. | 240,000 | 319,367 | 133.1% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | se obtuvo información epidemiológica valiosa sobre factores de riesgo, exposiciones, síntomas y severidad, lo cual permite un mejor control y manejo de las enfermedades. Esta información beneficia a todo Puerto Rico, ya que contribuye a una mejor comprensión de la situación epidemiológica y apoya la toma de decisiones en salud pública para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades. | | | | | | dejó de ser una prioridad para ese año. A través de las investigaciones de caso realizadas por los sistemas de vigilancia, se obtuvo información epidemiológica valiosa sobre factores de riesgo, exposiciones, síntomas y severidad, lo cual permite un mejor control y manejo de las enfermedades. Esta información beneficia a todo Puerto Rico, ya que contribuye a una mejor comprensión de la situación epidemiológica y apoya la toma de decisiones en salud pública para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades. Para la vigilancia de Arboviral, se contrataron investigadores de caso por primera vez como parte de los fondos asignados a las iniciativas de comunidad, lo que permitió comenzar a realizar investigaciones de caso a partir de octubre de 2023. Asimismo, gracias a los fondos de PMO ⁴⁹ , se asignaron investigadores |

⁴⁹ Oficina de Gestión de Proyectos

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|----------|--------------------------|------------------|---|--------------|-----------------------|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | |
| Objetivo 1.2 Para el 29 de diciembre de 2023, se realizarán 10 modelos lógicos de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológicos con el propósito de contar | Porcentaje (%) de reuniones realizadas. | 10 | 15 | 150.0% | Completado: El resultado fue la creación de 15 modelos lógicos de las nuevas Vigilancias que comenzaron a formar parte de la División de Epidemiología para el año 2023. Las personas que se beneficiaron de los resultados fueron las personas que forman parte de cada una de las Vigilancias | | |
| | Porcentaje (%) de modelos lógicos creados. | 10 | 15 | 150.0% | | | |
| | Porcentaje (%) de modelos lógicos presentados. | 10 | 15 | 150.0% | | | |

⁵⁰ Viruela símica

⁵¹ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | con una imagen representativa de los esfuerzos llevados a cabo por la Vigilancia. | | | | | <p>Epidemiológicas, ya que esto será una herramienta de trabajo para ellos. Uno de los cambios más significativos es que cada Vigilancia Epidemiológica cuenta con modelos lógicos que son una representación gráfica de los recursos, actividades, productos y resultados. Permitiendo así que se comience a documentar y estructurar cada uno de los procesos que se llevan a cabo.</p> <p>El objetivo fue completado, sin embargo, los modelos lógicos se actualizan para que reflejen los cambios que pudiesen haber ocurrido en la Vigilancias Epidemiológicas. El objetivo se completó de forma eficiente y excedió las expectativas ya que originalmente se habían propuestos realizar 10 modelos lógicos y se realizaron 15.</p> |
| | | Objetivo 1.3 Llevar a cabo una evaluación trimestral de las diferentes Vigilancias Epidemiológicas con el fin de aumentar la posibilidad de lograr | Porcentaje (%) de reportes de progresos realizados. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: El resultado fue que se completó el 100% de las evaluaciones trimestrales (reportes de progreso) solicitados por |
| | | | Porcentaje (%) de medidas de desempeño reportadas. | 100 | 100 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | las metas establecidas en el plan de trabajo. | Porcentaje (%) de reuniones realizadas. | 100 | 100 | 100.0% | los CDC ⁵² . Las personas que se beneficiaron de los resultados fueron las personas que forman parte de cada una de las Vigilancia Epidemiológicas, ya que les ayudó a medir el progreso de las actividades propuestas a los CDC. Y otras personas de interés que se beneficiaron son los CDC ya que de esta forma pueden monitorear si las actividades que ellos tenían interés están teniendo el progreso esperado. Uno de los cambios más significativos es que a diferencia de años anteriores se han ido reforzando y mejorando las herramientas de trabajo con las que se cuenta para medir la efectividad y progreso de las actividades. El objetivo fue completado, sin embargo, se continuarán haciendo seguimiento y reportes de progreso ya que esto ha demostrado ser efectivo. El objetivo se completó tal como se propuso. Para el año 2023 se propusieron 6 |

⁵² Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | |
| Meta 2. Diseminar información pública de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica con el propósito de educar y promover la prevención de las enfermedades transmisibles de mayor impacto en la población de Puerto Rico. | Completada: Se alcanzó el objetivo con el 80% de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica (8 de 10) realizando informes con datos epidemiológicos para la toma de decisiones de salud pública. Los sistemas de vigilancia que completaron informes fueron: Influenza (52), Leptospirosis (52), Mpox (15), Sindrómica (54), ETAA (52), COVID-19 (345), VPD (8) y Arboviral (52). A través de los informes, se identificaron necesidades y poblaciones en mayor riesgo, como los municipios con mayor incidencia de | Objetivo 2.1 Para el 29 de diciembre del 2023, el 80% de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica realizarán informes con datos epidemiológicos para la toma de decisiones de salud pública. | Porcentaje (%) de análisis de datos realizados. | 80 | 80 | 100.0% | Completado: Se alcanzó el objetivo con el 80% de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica (8 de 10) realizando informes con datos epidemiológicos para la toma de decisiones de salud pública. Los sistemas de vigilancia que completaron informes fueron: Influenza (52), Leptospirosis (52), Mpox (15), Sindrómica (54), ETAA (52), COVID-19 (345), VPD (8) y Arboviral (52). No se lograron informes de las vigilancias de Infecciones Adquiridas en Facilidades de Salud (HAI, por sus siglas en inglés) y Rabia. A través de los informes, se identificaron necesidades y poblaciones en mayor riesgo, como los municipios con mayor incidencia de enfermedades, grupos de edad con mayor riesgo, y se describió el perfil de personas hospitalizadas o que fallecieron a causa de las enfermedades bajo vigilancia. En el caso de COVID-19, se monitorearon poblaciones especiales como residentes de facilidades de cuidado prolongado, viajeros y personas en |
| | | | Cantidad de pruebas realizadas. | 240,000 | 319,367 | 133.1% | |
| | | | Porcentaje (%) de informes sometidos. | 80 | 54 | 67.5% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|--|---------------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | enfermedades, grupos de edad con mayor riesgo, y se describió el perfil de personas hospitalizadas o que fallecieron a causa de las enfermedades bajo vigilancia. En el caso de COVID-19, se monitorearon poblaciones especiales como residentes de facilidades de cuidado prolongado, viajeros y personas en centros | | | | | | centros correccionales, además de realizarse un informe especial sobre el perfil de mortalidad por COVID-19. Se estandarizaron los informes de las vigilancias especializadas de COVID-19 y se mejoró el formato de los informes provenientes de las escuelas. A finales de año se creó una plantilla para los informes. Además, todos los informes son revisados tanto por el personal de la División como por el principal oficial de epidemiología. El objetivo se completó de acuerdo con lo planificado. |
| | correccionales, además de realizarse un informe especial sobre el perfil de mortalidad por COVID-19. | Objetivo 2.2 Para el 29 de diciembre de 2023, integrar los informes de al menos 80% de los Sistemas de Vigilancia en la página oficial del Departamento de Salud de Puerto Rico. | Cantidad de material creado. | 16 | 45 | 281.3% | Completado: Se logró integrar los informes de ocho (8) de los diez (10) sistemas de vigilancia epidemiológica en la página oficial del Departamento de Salud de Puerto Rico, lo que representa el 80% de los sistemas de vigilancia. Entre los sistemas que publicaron informes se incluyen Influenza (52), Leptospirosis (52), Mpox (15), Síndrómica (28), ETAA (52), COVID-19 (85), VPD (8) y Arboviral (52). |
| | | | Porcentaje (%) de informes sometidos. | 80 | 80 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|---|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | Porcentaje (%) de informes publicados en la página oficial del Departamento de Salud. | 80 | 54 | 67.5% | No se publicaron informes de las vigilancias de Rabia ni HAI ⁵³ . Las publicaciones incluyeron informes especializados como los de COVID-19 en instituciones educativas, vigilancia genómica, y pruebas caseras. A través de estos informes, se identificaron los grupos más afectados por las enfermedades bajo vigilancia, permitiendo emitir recomendaciones de salud pública que beneficiaron a esas poblaciones en riesgo. Se estandarizaron los informes de las vigilancias especializadas de COVID-19 y se mejoró el formato de los informes provenientes de las escuelas. A finales de año se creó una plantilla para los informes. Además, todos los informes son revisados tanto por el personal de la División como por el principal oficial de epidemiología. El objetivo se completó de acuerdo con lo planificado. |

⁵³ Healthcare-Associated Infections

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Objetivo 2.3 Educar al 50% de la población puertorriqueña sobre aspectos importantes relacionados a la diferentes Vigilancia Epidemiológicas trabajadas a través de la Oficina de Epidemiología e Investigación. | Cantidad de material educativo creado. | 16 | 45 | 281.3% | Completado: Se logró educar a la población sobre los aspectos importantes relacionados con las diferentes Vigilancia Epidemiológicas trabajadas a través de la División de Epidemiología e Investigación. Esto incluyó la realización de talleres, charlas y la distribución de materiales informativos que aumentaron la conciencia y comprensión de las prácticas de vigilancia epidemiológica. La población en general se benefició de estos resultados, al recibir información crucial que contribuye a su conocimiento y comprensión de la salud pública y las estrategias de vigilancia epidemiológica implementadas en Puerto Rico. Se implementaron iniciativas para cubrir las brechas de conocimiento sobre las vigilancias epidemiológicas y la situación de salud pública en el país. Esto llevó a una mayor colaboración entre el personal, facilitando el intercambio de información y la creación de materiales educativos más efectivos. Además, se establecieron nuevos |
| | | | Porcentaje (%) de material educativo revisado y aprobado. | 100 | 100 | 100.0% | |
| | | | Porcentaje (%) de material educativo enviado a Oficina de Comunicaciones. | 100 | 100 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | <p>procesos para evaluar las necesidades de formación de la población, asegurando que los recursos educativos sean pertinentes y accesibles.</p> <p>Los equipos educativos de la División de Epidemiología continúan su labor de educación, realizando sesiones informativas, talleres y distribuyendo materiales sobre las diferentes vigilancias epidemiológicas. Se están llevando a cabo evaluaciones periódicas para medir la efectividad de estas iniciativas y ajustar los enfoques según las necesidades de la comunidad.</p> <p>El objetivo se cumplió según modificado: "Educar a la población puertorriqueña sobre aspectos importantes relacionados a 80% de las Vigilancia Epidemiológicas trabajadas a través de la División de Epidemiología e Investigación".</p> |
| Meta 3. Aumentar la capacidad de reportes electrónicos de las enfermedades notificables para llevar a cabo una | Completada: En el 2023 se comenzó el proceso de reclutamiento de 15 facilidades para la documentación de resultados por ELR. | Objetivo 3.1 Para el 29 de diciembre de 2023, reclutar al menos 3 centros hospitalarios y laboratorios para la documentación de | Porcentaje (%) de centros reclutados. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: En el 2023 se comenzó el proceso de reclutamiento de 15 facilidades para la documentación de resultados por ELR. De estas, tres (3) facilidades están reportando datos en producción mientras que el resto |
| | | | Porcentaje (%) de apoyo técnico brindado a los centros. | 100 | 100 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|------------------------------|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| respuesta rápida y efectiva. | De estas, tres (3) facilidades están reportando datos en producción mientras que el resto continua en la fase de validación. Los equipos de las distintas Vigilancia Epidemiológicas del Departamento de Salud, los centros hospitalarios y los laboratorios se beneficiaron ya que el reporte de resultados de laboratorio electrónicamente es un proceso automático entre los sistemas por lo que disminuye el periodo de reporte por parte de la facilidad hacia el Departamento de Salud. También, reduce la entrada de datos manualmente. | resultados por <i>Electronic Laboratory Reporting</i> (eLR). | Porcentaje (%) de llamadas de seguimiento realizadas. | 100 | 100 | 100.0% | continua en la fase de validación. Los equipos de las distintas Vigilancia Epidemiológicas del Departamento de Salud, los centros hospitalarios y los laboratorios se beneficiaron ya que el reporte de resultados de laboratorio electrónicamente es un proceso automático entre los sistemas por lo que disminuye el periodo de reporte por parte de la facilidad hacia el Departamento de Salud. También, reduce la entrada de datos manualmente. Se comenzó el proceso para enmendar la Orden Administrativa 358 donde se le pedirá a los centros hospitalarios y a los laboratorios que envíen sus reportes de laboratorios electrónicamente al Departamento de Salud. Para poder lograr el objetivo se llevaron a cabo varias llamadas de seguimiento con las distintas facilidades para proveer apoyo y contestar cualquier duda sobre el proceso. Además, se les proveyó retroalimentación de las validaciones de la calidad de datos a través de correo electrónico. El objetivo se completó tal como se propuso. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|--|---------------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Objetivo 3.2 Para el 29 de diciembre de 2023, reclutar al menos 1 centros hospitalarios para la documentación de resultados por el <i>Electronic Case Reporting</i> (eCR). | Porcentaje (%) de centros reclutados. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se inició la comunicación con el Hospital General Menonita de Aibonito en noviembre del 2023 iniciando la primera fase de implementación en febrero del 2024. Adicionalmente, se inició comunicación con el Hospital Bella Vista, Hospital San Lucas Ponce, y SCIENTIA (manejan varios hospitales como los Medical Centers) para comenzar el proceso de reclutamiento de eCR ⁵⁴ . Los grupos que más se beneficiaron fueron los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), esto debido a que se pudo iniciar la implementación de eCR en nuestra Jurisdicción, según solicitado por los CDC. Adicionalmente, el Hospital General Menonita de Aibonito tuvo el beneficio de ser el primer hospital en Puerto Rico en iniciar la implementación del reporte de caso electrónico (eCR) automatizado en |
| | Porcentaje (%) de apoyo técnico brindado a los centros. | | 100 | 100 | 100.0% | | |
| | Porcentaje (%) de llamadas de seguimiento realizadas. | | 100 | 100 | 100.0% | | |

⁵⁴ Electronic Case Reporting

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | <p>Puerto Rico. Se contrató al Sr. Xavier Muñiz en Julio del 2024 para fungir como líder de implementación de eCR en Puerto Rico.</p> <p>Para poder lograr el cumplimiento de este objetivo se estuvo llevando a cabo varias reuniones con el Hospital General Menonita de Aibonito para dar seguimiento a su implementación, y se ofreció orientación y material informativo para asistir en la fase de implementación. El objetivo se completó tal como se propuso.</p> |
| | | Objetivo 3.3 Desarrollo de Estructura Tecnológica. | Porcentaje (%) de centros reclutados. | 3 | 2 | 66.7% | <p>En proceso:</p> <p>En 2023 el SVS⁵⁵ contaba con once (11) facilidades en varias etapas de reclutamiento. De estas once (11) facilidades, dos (2) culminaron el proceso de reclutamiento y llegaron a la etapa de producción. Sin embargo, justamente comenzando el 2024, una gran parte de las facilidades que comenzaron su reclutamiento en 2023, pasaron a producción.</p> |
| | | | Porcentaje (%) de apoyo técnico brindado a los centros. | 9 | 12 | 133.3% | |
| | | | Porcentaje (%) de llamadas de seguimiento realizadas. | 9 | 10 | 111.1% | |

⁵⁵ Sistema de Vigilancia Sindrómica

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | | | | | <p>El sistema de vigilancia sindrómica se nutre grandemente de la calidad, frecuencia y validez de los datos que recibe. La adición del reporte de nuevas facilidades fortalece las capacidades de los sistemas de vigilancia tradicionales al aumentar su capacidad de captura de casos y el monitoreo de las tendencias de los eventos de salud. También el SVS, al aumentar su volumen de datos, permite una mejor caracterización epidemiológica de eventos como sobredosis, suicidios o eventos relacionados al calor.</p> <p>Activamente el SVS está esbozado como uno de los requisitos de la nueva orden administrativa para el reporte obligatorio de múltiples eventos de salud. Además, otros esfuerzos particulares de reclutamiento también están ocurriendo directamente con las facilidades de salud. Sin embargo, la movilización de las once (11) facilidades en reclutamiento en 2023 permitió que estas llegaran a la etapa de producción bastante temprano en el 2024.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|---|-----------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| <p>Meta 4. Recopilar datos uniformes sobre prácticas preventivas de salud y factores de riesgo relacionadas a enfermedades crónicas, lesiones y enfermedades infecciosas prevenibles en la población adulta de Puerto Rico.</p> | <p>Completada: PR-BRFSS ha desarrollado cuatro (4) colaboraciones externas con Universidades, Escuela de Salud Pública y Entidad sin fines de lucro. Además, de ocho colaboraciones internas dentro del DSPR. PR-BRFSS presentó en dos (2) conferencias de Salud Pública y BRFSS en Atlanta. Además, se publicaron los datos multianuales 2011 al 2021. Por otra parte, se han preparado diez solicitudes de datos para diferentes públicos.</p> | <p>Objetivo 4.1 Desarrollar y mantener colaboraciones con diversos Programas dentro del Departamento de Salud de Puerto Rico, universidades, escuelas de salud pública, profesionales de la salud y otras organizaciones para promover el uso de los datos de PR-BRFSS durante el año 2023-2024.</p> | Cantidad de colaboraciones. | 3 | 15 | 500.0% | <p>Completado: Se establecieron colaboraciones con varias entidades tanto dentro como fuera del Departamento de Salud, entre ellas el Programa WIC, el Recinto de Ciencias Médicas, la Escuela de Medicina San Juan Bautista y <i>Ponce Health Sciences University</i> (PHSU). Estas colaboraciones fortalecieron el uso y la aplicación de los datos durante el año 2023-2024, facilitando su integración en programas académicos y de salud pública. Los principales beneficiados fueron los estudiantes de salud pública, quienes ahora cuentan con la oportunidad de realizar prácticas en vigilancias epidemiológicas como parte de su formación académica en las universidades colaboradoras. PR-BRFSS⁵⁶ ha desarrollado cuatro (4) colaboraciones externas con Universidades, Escuela de Salud Pública y Entidad sin fines de lucro.</p> |

⁵⁶ Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|-------------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | Además, de ocho (8) colaboraciones internas dentro del DSPR. Se aumentó la accesibilidad para que los estudiantes practicantes puedan tener una experiencia práctica dentro del Departamento de Salud. Se establecieron procesos para facilitar su integración en los programas de vigilancia epidemiológica. Se notificó a las universidades colaboradoras la disposición del Departamento de Salud para recibir estudiantes, asegurando una comunicación fluida y la continuidad de las oportunidades de prácticas. El objetivo se cumplió según lo establecido en el Plan de Trabajo 2023. |
| | | Objetivo 4.2 Apoyar el conocimiento en Salud Pública a través de la publicación de los datos, resultados e investigaciones en conferencias y/o publicaciones durante el año 2023 - 2024. | Cantidad de publicaciones de datos. | 6 | 29 | 483.3% | Completado: Durante este periodo, se logró la publicación de datos y la participación en conferencias de salud pública tanto en Puerto Rico como fuera del país. Entre las principales participaciones estuvieron la Conferencia de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas y la |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | | | | | <p>Conferencia de CSTE⁵⁷. En estas, se realizaron presentaciones y se publicaron investigaciones relevantes para el avance en salud pública. Los beneficiados de estos resultados fueron salubristas y profesionales de la salud tanto dentro como fuera de Puerto Rico, quienes obtuvieron acceso a nueva información y conocimientos relevantes para el campo de la salud pública.</p> <p>La unidad ha experimentado un fortalecimiento en sus capacidades de investigación y difusión de información. La participación en conferencias y la publicación de datos han fomentado una mayor colaboración entre el personal, mejorando la comunicación y el intercambio de conocimientos.</p> <p>Además, se han establecido protocolos más claros para la preparación y presentación de investigaciones, lo que ha permitido una mayor organización y efectividad</p> |

⁵⁷ Council of State and Territorial Epidemiologists

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---------------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | | | | | <p>en la participación en eventos académicos y profesionales. La División de Epidemiología se mantiene proactiva al buscar oportunidades para realizar investigaciones y participar en conferencias. Esto incluye la planificación anticipada de presentaciones, el establecimiento de relaciones con otras instituciones y la identificación de temas relevantes que puedan ser presentados en futuros eventos, asegurando así la continuidad del apoyo al conocimiento en salud pública. El objetivo se cumplió según lo establecido en el Plan de Trabajo 2023.</p> |
| | | Objetivo 4.3 Desarrollo de Estructura Tecnológica. | Número de usuarios y/o colaboradores. | 15 | 15 | 100.0% | <p>Completado: Se ha trabajado con la Oficina de Planificación el <i>dashboard</i> de datos de enfermedades crónicas, Se trabajó el uso de los datos sobre cernimiento de Cáncer para un proyecto especial y el plan comprensivo de cáncer. PR-BRFSS ha desarrollado cuatro (4) colaboraciones externas con Universidades, Escuela de Salud Pública y Entidad sin fines de lucro.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | | | | | Además, de ocho colaboraciones internas dentro del DSPR. PR-BRFSS presentó en dos (2) conferencias de Salud Pública y BRFSS en Atlanta. Además, se publicaron los datos multianuales 2011 al 2021. Por otra parte, se han preparado diez (10) solicitudes de datos para diferentes públicos. |

Para el año 2023, la División de Epidemiología e Investigación tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (4): 4 completadas (100.0%).
- Objetivos (12): 11 completados (91.7%), y 1 en proceso (8.3%).

B. División de Preparación y Coordinación de Respuestas en Salud Pública (Bioseguridad)

1. Descripción: La División de Preparación y Coordinación de Respuestas en Salud Pública (DPCRSP) tiene el propósito de desarrollar aquellas capacidades de preparación, respuesta, recuperación y mitigación, en colaboración con los socios municipales, estatales, federales, el sector privado y organizaciones no gubernamentales. A través de ello, se procura atender de manera efectiva un evento o emergencia que impacte los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental.

2. Persona Contacto: Sra. Shirley M. Esquilín Carrero, Directora; shirley.esquilin@salud.pr.gov; 787-773-0600, Ext. 4342

Nota: A tenor con la OA 2023-578, las funciones de la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública pasaron a integrarse bajo la nueva Secretaría Auxiliar para la Vigilancia y Protección de la Salud Pública a partir del 1ro. de septiembre de 2023.

3. Tabla resumen del Informe de Resultados 2023

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Community Preparedness: A. Determine risks to the health of the jurisdiction. B. Ensure Hospital Preparedness Program (HPP) Coordination. | Completada: Como se comenta anteriormente, la identificación de riesgos es una actividad que se realiza de forma continua. Es este ciclo se identificaron los primeros cinco (5) riesgos o amenazas más apremiantes. Se volverá a trabajar con la determinación de los riesgos como parte del próximo acuerdo cooperativo con los CDC. En cuanto a la preparación del | Objetivo 1.1 Final HVA report. | Cantidad de reportes publicados. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se logró la publicación de un reporte que identifica los riesgos, perfil de la población y recursos disponibles por región del Departamento de Salud. Esta herramienta de planificación y preparación fue compartida con los alcaldes y entidades pertinentes. El objetivo se completó tal como fuese propuesto en el Plan de Trabajo. |
| | | Objetivo 1.2 PR HCC HVA Report. | Cantidad de reportes publicados. | 7 | 7 | 100.0% | Completado: Se publican siete (7) reportes, uno por cada capítulo de la Coalición. El objetivo se completó tal como fuese propuesto en el plan de Trabajo. |
| | | Objetivo 1.3 | Cantidad de estrategias identificadas. | 1 | 1 | 100.0% | En proceso: Este es un proceso continuo ya que requiere de identificar acciones de |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | programa de Hospitales, se identificó que el mayor reto es sostener las operaciones cuando hay un periodo extenso de carencia de energía eléctrica. | Identify strategies to reduce and mitigate public health risks. | | | | | mitigación para los riesgos. Esas acciones de mitigaciones se incorporan en los planes de trabajo a futuro. Esto se completó conforme fuese propuesto en el plan de trabajo. |
| Meta 2. Incident Management and Strengthen and Implement Plans through Training and Exercising. | Completada: Se desarrolla e implementa un plan de ejercicios. Los ejercicios fueron realizados y se publican los AAR donde se identifican las fortalezas y las áreas a mejorar. Luego se incorporan esas medidas a mejorar en los nuevos planes de trabajos. | Objetivo 2.1 Updated Exercise Planning, Execution and Evaluation Guideline for Puerto Rico Department of Health. | Porcentaje (%) de actualización de la guía. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se publica la actualización de las guías de planificación y evaluación de ejercicios del DSPR. Se completó conforme a lo propuesto en el plan de trabajo. |
| | | Objetivo 2.2 An updated Corrective Action Tracker (CAT) with relevant findings identified in the exercises or real events carried out during the year. | Porcentaje (%) de actualización del rastreador de acciones correctivas. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se actualiza el CAT conforme a lo HSEEP. Se completó conforme a lo propuesto en el plan de trabajo. |
| | | Objetivo 2.3 Develop and publish pertaining AARs/IPs to document a | Cantidad de AAR/IP desarrollados y publicados. | 4 | 4 | 100.0% | Completado: Se publican cuatro (4) AAR en donde se identifican las fortalezas y áreas a mejorar que relucieron en los |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|--|----------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | progressive exercise approach. | | | | | ejercicios. Se desarrollan los AAR conforme a las guías de HSEEP ⁵⁸ . Se completó conforme a lo propuesto en el plan de trabajo. |
| Meta 3. Coordinate Activities to Manage Public Health and Medical Surge. | En proceso: Esta meta está en proceso ya que se tiene que trabajar con socios (<i>stakeholders</i>) y requiere de múltiples intercambios de información para poder establecer un plan de respuesta coordinado. En el caso de una respuesta, esta coordinación se realiza a través del ESF-8 y de las Coaliciones para poder responder cuando se tiene una | Objetivo 3.1 Updated PRDoH's EOP Medical Surge Annex. | Porcentaje (%) de actualización. | 1 | 1 | 100.0% | En proceso: Está un primer borrador de este anejo el cual requiere que sea discutido con los socios del ESF-8 ⁵⁹ . Se espera poder realizar esta discusión y obtener el insumo de los socios que participan en la colaboración y coordinación de los servicios de salud en la eventualidad de una situación de aumento significativo en el requerimiento atención médica durante un evento de emergencia. Se espera trabajar con su cumplimiento conforme al nuevo plan de trabajo para el 2024-2025. |
| | | Objetivo 3.2 A mental health SOP for medical surge operations. | Cantidad de SOP publicados. | 1 | 1 | 100.0% | En proceso: Este anejo se encuentra en borrador. Se requiere que sea discutido con los socios del comité de salud mental |

⁵⁸ Homeland Security Exercise and Evaluation Program

⁵⁹ Emergency Support Function #8

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|------------------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | expansión en la atención médica. | | | | | | para obtener su insumo e incorporarlo en dicho anejo. Se espera trabajar con su cumplimiento conforme al nuevo plan de trabajo para el 2024-2025. |
| Meta 4. Maintain Federal Select Agent Program registration by complying with Biosafety, Biosecurity and Incident Response requirements and attain Laboratory proficient in LRN-B testing methods for the identification of Select Agents. | En proceso: Esto es un proceso con el cual se continúa trabajando dado que la proficiencia en la capacidad de identificación de diversos agentes es algo que requiere de continuidad. Además, hay que someterse a evaluaciones y recertificaciones por parte del gobierno federal las cuales se realizan periódicamente. | Objetivo 4.1 Implement LRN-B rapid and conventional methods for the detection of Select Agents in clinical and environmental samples | Porcentaje (%) de implementación. | 100 | 50 | 50.0% | En proceso: Esta meta amplía la capacidad de respuesta y la capacidad de diagnóstico del DSPR y los laboratorios de Salud Pública para atender enfermedades emergentes y eventos de bioterrorismo. Se completó un 50% de implementación de agentes múltiples mediante RT-PCR ⁶⁰ . Se espera continuar con su cumplimiento conforme al plan de trabajo y el nuevo acuerdo cooperativo. |
| | | Objetivo 4.2 Maintain Federal Select Agent Program registration by reviewing, updating, and validating the Biosafety, Biosecurity | Cantidad de ejercicios realizados. | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Este objetivo es recurrente y asegura mantener las certificaciones necesarias para poder trabajar con Agentes Selectos. La inspección fue aprobada de forma satisfactoria para el 2023. |

⁶⁰ Reverse transcription polymerase chain reaction

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---------------------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | and Incident Response Plans through exercises. | | | | | Se alcanza la meta conforme a lo propuesto en el plan de trabajo. |
| | | Objetivo 4.3 Establish LRN-C Level 2 capabilities. | Cantidad de capacidades establecidas. | 6 | 2 | 33.33% | En proceso: Se logra establecer dos (2) capacidades - detección de cianuro en sangre y detección de compuestos orgánicos volátiles en suero. Se participó de dos (2) adiestramientos en los CDC ⁶¹ para la detección de metales tóxicos y agentes nerviosos en muestras de sangre y orina. Estos siendo las próximas capacidades que se van a trabajar. |

Para el año 2023, la División de Preparación y Coordinación de Respuestas en Salud Pública (Bioseguridad) tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (2): 2 completadas (50.0%), y 2 en proceso (50.0%).
- Objetivos (11): 7 completados (63.6%), y 5 en proceso (36.4%).

⁶¹ Centros para el Control y Prevención de Enfermedades

C. División de Salud Ambiental

1. **Descripción:** La División de Salud Ambiental (DSA) tiene la responsabilidad de evaluar, mejorar, prevenir y controlar las formas de vida, sustancias y condiciones del entorno del medio ambiente que puedan ejercer influencias sobre su salud y bienestar. La responsabilidad de la división está dirigida a la prevención y control de problemas del ambiente que afectan la salud pública.

2. **Persona Contacto:** Sra. Mayra Toro Tirado, Secretaria Auxiliar; mtoro@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 3211

Nota: A tenor con la OA 2023-578, las funciones de la Secretaría Auxiliar de Salud Ambiental y Laboratorios de Salud Pública pasaron a integrarse bajo la nueva Secretaría Auxiliar para la Vigilancia y Protección de la Salud Pública a partir del 1ro. de septiembre de 2023.

3. Tabla resumen del Informe de Resultados 2023

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Lograr implementar una hoja electrónica de reporte de mordeduras y base de datos de personas mordidas por animales para manejar de forma efectiva y en tiempo real las investigaciones de casos de mordeduras, los aislamientos y otros procedimientos de los animales que muerden, el manejo y procesamiento de muestras de laboratorio de rabia y | En proceso: Durante la implementación de esta meta, se presentaron retos debido a que dependía de tres (3) componentes que son: la División de Salud Ambiental, la División de Epidemiología e Investigación, el Laboratorio de Rabia y el Bio Portal para la parte de programación e implementación de la plataforma electrónica. Otro | Objetivo 1.1 Para el 31 de diciembre de 2023 llevar a cabo 4 validaciones de la plataforma electrónica para el reporte, manejo y colección de estadísticas de todos los casos de pacientes mordidos por animales en Puerto Rico. | Número de actividades realizadas (por tiempo). | 4 | 4 | 100.0% | Completado: Al 31 de diciembre de 2023, como resultado de este objetivo se logró validar la plataforma electrónica para asegurar un funcionamiento adecuado y correcto. El objetivo se completó tal y como se propuso en el Plan de Trabajo 2023. |
| | | Objetivo 1.2 Para el 31 de agosto de 2023 llevar a cabo 3 reuniones para coordinar e implementar la | Número de actividades realizadas (por tiempo). | 3 | 2 | 66.7% | En proceso: Al 31 de diciembre de 2023 se llevaron a cabo las reuniones para coordinar e implementar la prueba por medio de un ejercicio piloto. No obstante, este |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| los tratamientos pos-exposición al humano. Todo con el fin de prevenir la transmisión del virus de la rabia en Puerto Rico. | factor importante es que para completar esta meta se dependía de la realización de una Orden Administrativa para la notificación obligatoria por parte de los proveedores médicos de todas las mordeduras a través de la plataforma electrónica. Esta parte está a cargo de la División de Epidemiología y posterior al Plan se modificó para que esta notificación formara parte de la Orden Administrativa. | prueba por medio de un ejercicio piloto con una Región del DS, de la plataforma electrónica para el reporte, manejo y colección de estadísticas de todos los casos de pacientes mordidos por animales en Puerto Rico. | | | | | ejercicio no se ha logrado llevar a cabo. Al 4 de noviembre de 2024 se realizan procedimiento para el cumplimiento de este objetivo. Posterior a la firma de la Orden Administrativa Núm. 597 para actualizar el listado de enfermedades y condiciones de salud notificables al DSPR el 22 de octubre de 2024. Próximamente se estará culminando este objetivo |
| | | Objetivo 1.3 Para el 31 de diciembre de 2023 llevar a cabo 4 reuniones para completar el ejercicio de reporte electrónico voluntario de todos los proveedores médicos de una Región del DS, de los casos de pacientes mordidos por animales en Puerto Rico. | Número de actividades realizadas (por tiempo). | 4 | 0 | 0.0% | En proceso: Al 31 de diciembre de 2023 no se había logrado completar el objetivo. Se modificó el proceso para lograr este objetivo de un ejercicio voluntario previo a la firma de la Orden Administrativa de enfermedades y condiciones notificables al DSPR a uno posterior a la firma de dicha Orden. Por lo que se estará implementando en los próximos meses |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | <p>Objetivo 1.4 Para el 31 de diciembre de 2023 llevar a cabo 3 reuniones para revisar modelos previos, redactar, consultar y someter el Borrador de una Orden Administrativa del Secretario de Salud para ordenar a los proveedores médicos el reporte electrónico de todos los casos de pacientes mordidos por animales en Puerto Rico.</p> | Número de actividades realizadas (por tiempo). | 3 | 1 | 33.3% | <p>Completado: Aunque al 31 de diciembre de 2023 este objetivo no se había logrado, al 22 de octubre de 2024 se completó. Se cambió el proceso para lograr este objetivo de una Orden Administrativa única para ordenar el reporte electrónico de mordeduras para incluir este reporte en la Orden Administrativa firmada por el Secretario de Salud el 22 de octubre de 2024.</p> |
| <p>Meta 2. Cumplir con lo estipulado en el Contrato Federal de la Administración de Alimentos y Drogas Federal (FDA) para las inspecciones de las máquinas de mamografía (MQSA) en los centros de Mamografía de la Isla.</p> | <p>Completada: Las inspecciones realizadas durante el periodo de enero a julio fueron 61, para un 59% de las 104 inspecciones estimadas, pero se cumplió con todas las inspecciones requeridas en el</p> | <p>Objetivo 2.1 Para 28 de julio de 2023 realizar las inspecciones de las ciento cuatro (104) máquinas de mamografía en el Contrato de Inspecciones de MQSA con la FDA.</p> | Cantidad de Inspecciones realizadas. | 104 | 61 | 58.7% | <p>Completado: Entre el 1 de enero al 28 de julio de 2023 se realizaron 61 inspecciones de máquinas de mamografía bajo el contrato. En total se realizaron 159 inspecciones comisionadas entre el 29 de julio de 2022 y el 28 de julio de 2023, conforme al periodo que cubre el contrato.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | contrato (159 inspecciones). | | | | | | |
| Meta 3. Identificar los niños con niveles de plomo en sangre (3.5 µg/dL o más) y asegurar que los niños se realicen pruebas de plomo en sangre y que se reporten al Departamento de Salud de Puerto Rico. | Completada: Se ha logrado identificar el 100% de los casos de envenenamiento por plomo en niños en Puerto Rico a través de reportes de laboratorios de pruebas de plomo en sangre venosa reportados por NBS. Se pretende crear el andamiaje para recibir las pruebas de plomo capilar como parte de las pruebas de cernimiento de plomo en niños. | Objetivo 3.1 Completar para el 29 de septiembre de 2023 un total de 4 reuniones trimestrales presenciales o remotos corrientes al año presupuestado (30 de septiembre de 2022 al 29 de septiembre de 2023) para discutir asuntos de colaboración para mejorar las estrategias de la vigilancia de envenenamiento por plomo en niños. | Cantidad de reuniones trimestrales. | 4 | 4 | 100.0% | Completado: Hubo 2 de 4 reuniones en total. Hubo un retraso en contratación del personal de seis (6) meses por lo que hubo un retraso en el comienzo del proyecto. El periodo presupuestado del proyecto transcurre de septiembre a septiembre por lo que la cantidad de reuniones se reinician para el próximo periodo. |
| | | Objetivo 3.2 Recibir un 100% de los reportes de pruebas en sangre de laboratorio de plomo en niños por medio de notificación obligatoria bajo la Ley Núm. 358 | Porcentaje (%) reportes de pruebas en sangre de laboratorio de plomo en niños. | 15,000 | 17,102 | 114.0% | En demora: Se logró 66% de pruebas realizadas (10,112 pruebas). Retrasos en el comienzo del proyecto fue impedimento para promover la importancia de realizarse pruebas de plomo en la población. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 4. Aumentar la vigilancia del plomo en sangre y la detección temprana de niveles de plomo en sangre. | Completada: Se ha logrado monitorear el 100% de los casos identificados y el 71% de estos se han investigado. | Objetivo 4.1 Desarrollar el sistema de vigilancia de niveles de plomo en sangre en niños para recopilar y monitorear un 100% de los casos al finalizar el año presupuestado (29 de septiembre de 2023). | Porcentaje (%) monitoreo de casos. | 50 | 85 | 170.0% | Completado: 100% investigaciones completadas (52 investigaciones) de casos por envenenamiento por plomo). Se completó tal como propuesto. |
| | | | Porcentaje (%) desarrollo del sistema de vigilancia. | 50 | 60 | 120.0% | |
| Meta 5. Mejorar los enlaces con otras agencias o programas para realizar referidos a servicios especializados a niños con envenenamiento por plomo. | Completada: Se logró enviar el 100% de los referidos a los casos que cumplían con los criterios. | Objetivo 5.1 Mejorar los enlaces con otras agencias o programas para realizar un 25% de referidos a servicios especializados para los niños con envenenamiento por plomo para el 29 de septiembre de 2023. | Porcentaje (%) referidos a servicios especializados para los niños con envenenamiento por plomo. | 10 | 47 | 470.0% | Completado: 100% referidos completados (50 referidos) hacia servicios de salud y/o agencias que ofrezcan con servicios ambientales. Se completó tal como propuesto. |
| Meta 6. Prevenir la transmisión de enfermedades zoonóticas como la rabia y otras enfermedades infecciosas zoonóticas emergentes | Completada: Se completó el proceso evitando muertes humanas por el virus de la rabia, mejorando el manejo y la investigación de los casos. | Objetivo 6.1 Para el 30 de septiembre de 2024 tendremos implementado el Protocolo de Rabia con Salud Ambiental, Epidemiología, el Laboratorio de Rabia | Porcentaje (%) de implementación del Protocolo de Rabia Ambiental, Epidemiología, Laboratorio de Rabia y los Profesionales de la Salud. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: El Protocolo de Rabia ha sido implementado en todas las investigaciones de mordeduras a humanos por animales sospechosos de rabia. Se completó el proceso evitando muertes humanas por el virus de la |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | y los Profesionales de la Salud que atienden mordeduras de animales. | | | | | rabia, mejorando el manejo y la investigación de los casos. |
| Meta 7. Reducir la exposición a los factores de riesgo en el medio ambiente que representen un riesgo a la salud pública. | En demora: La coordinación del adiestramiento se demoró debido a que la conferenciante no reside en Puerto Rico. | Objetivo 7.1 Para el 29 de diciembre de 2023 se adiestrará y capacitará al 25% de los Inspectores y Oficiales de Salud Ambiental de las ocho regiones del Programa de Salud Ambiental referente a los cambios del Código de Alimento año 2022. Para así Implementar las disposiciones reglamentarias para el control de los factores de riesgo. | Porcentaje (%) adiestramiento y capacitación. | 25 | 40 | 160.0% | En proceso: La coordinación del mismo se demoró debida a que la entrenadora no reside en Puerto Rico. Este se llevó a cabo el 12 de julio de 2024 y participaron 40 Inspectores y Oficiales de Salud Ambiental. El objetivo no se completó según proyectado en el plan, debido a que no se realizó en la fecha indicada, se realizó posteriormente. |
| Meta 8. Revisar, actualizar, desarrollar e implementar hojas de inspección amparados bajo la Ley de Modernización | En demora: Se trabajaron las actualizaciones de los formularios, pero se requiere de mayor tiempo para la validación e | Objetivo 8.1 Para el 29 de diciembre de 2023 se tendrá revisado, actualizado, desarrollado e implementado las | Cantidad de revisiones, actualizaciones e implementaciones de hojas de inspección. | 4 | 2 | 50.0% | En proceso: Se actualizó, desarrolló e implementó la hoja de inspección a las fábricas de alimento. También se preparó la hoja de inspección a los almacenes de alimentos. El formulario de inspección de empacadoras de hielo |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| de Seguridad de los Alimentos (FSMA, por sus siglas en inglés). | implementación en unos casos específicos. | hojas de inspección de fábricas de alimentos, plantas manufactureras de hielo, empacadoras de frutas y vegetales y cultivos acuapónicos y los manuales operacionales. | | | | | se actualizó, pero falta su validación e implementación. De igual forma falta validar el formulario de inspección de acuapónicos. El que se utilizará para empacadora de frutas se encuentra en desarrollo. El objetivo no se ha completado tal y como se proyectó en el plan, ya que requiere más tiempo |
| Meta 9. Capacitar y certificar funcionario como Oficial Evaluador del Programa Higiene de Leche (" <i>Certified Milk Sanitation Rating Office, SRO</i> ") y Oficial de Vigilancia de Muestreos (" <i>Certified Sampling Surveillance Office, SSO</i> "). | En proceso: La funcionaria se encuentra en capacitación y en los procesos de coordinación de los adiestramientos requeridos, ya que los mismos se ofrecen en los Estados Unidos. | Objetivo 9.1 Para el 29 de diciembre de 2023 hemos de capacitar y certificar un funcionario como Oficial Evaluador para fortalecer el Programa Higiene de Leche. | Porcentaje (%) capacitación y certificación completada. | 2 | 1 | 50.0% | En proceso: La funcionaria seleccionada continúa su capacitación. Actualmente se encuentra certificada como SSO (<i>Sampling Surveillance Officer</i>), por lo que puede certificar a otros para tomar muestras de leche. No se ha completado su certificación debido a que depende del ofrecimiento de cursos requisitos por la <i>Food and Drugs Administration</i> (FDA) para ser certificada como SRO. |

Para el año 2023, la División de Salud Ambiental tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (9): 5 completadas (55.6%), 2 en proceso (22.2%), y 2 en demora (22.2%).
- Objetivos (13): 7 completados (53.8%), 5 en proceso (38.5%), y 1 en demora (7.7%).

D. División de Vacunación

1. Descripción: La División de Vacunación (DV) tiene la responsabilidad de prevenir el surgimiento de enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas ya existentes o novedades en Puerto Rico, ello mediante la distribución de procedimientos estándares, monitoreo de servicios de vacunación, educación y orientación tanto a los proveedores del Programa de Vacunas para Niños (VFC, por sus siglas en inglés), como a la población general. De igual forma, esta División es la responsable de desarrollar, promover y ejecutar la política pública de vacunación en Puerto Rico la cual aplica a toda la población. Además, tiene la responsabilidad de la implementación de la Ley Núm. 25 de 25 de septiembre de 1983 conocida como “Ley de Inmunizaciones Compulsorias a los Preescolares y Estudiantes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico” y la Ley Núm. 69 de 2019, mejor conocida como “Ley del Registro de Inmunización de Puerto Rico”.

2. Persona Contacto: Dr. Ángel Rivera García, Director; anrivera@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 3327

Nota: A tenor con la OA 2023-578, las funciones de la Secretaría Auxiliar de Salud Ambiental y Laboratorios de Salud Pública pasaron a integrarse bajo la nueva Secretaría Auxiliar para la Vigilancia y Protección de la Salud Pública a partir del 1ro. de septiembre de 2023.

3. Tabla resumen del Informe de Resultados 2023

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Aumentar el acceso a servicios esenciales de salud y apoyo relacionados a poblaciones vulneradas. | En proceso: Durante el año 2023, la División de Vacunación trabajó arduamente para aumentar el acceso a servicios de vacunación a la población elegible y colaboró con otros entes para ejecutar los objetivos propuestos. Entre los hallazgos encontrados es que se debe determinar y | Objetivo 1.1 Entre el 01/2023 a 12/2023, vacunar el 95% de la población médico indigente entre las edades de 0 meses a 18 años de edad, con las vacunas recomendadas en el Itinerario de Vacunación autorizado para Niños y Adolescentes de Puerto Rico. | Cantidad de proveedores contratados bajo el programa VFC. | 2 | 0 | 0.0% | En proceso: El Programa de Vacunación trabaja arduamente para prevenir el desarrollo de enfermedades a través de la vacunación temprana y cimentada en el fortalecimiento del Itinerario de Vacunación para Niños y Adolescentes de Puerto Rico, y en la implementación de estrategias eficaces de intervención que permitan facilitar los servicios de vacunación a la población general. Las iniciativas del Programa de Vacunación han permitido que se haya retomado la vacunación regular logrando una cobertura mayor a 70% |
| | | | Listado de puntos de las necesidades principales para vacunación. | 1 | 1 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---|-----------------------|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | <p>definir unos objetivos reales y alcanzables, así como la población a la que se van a estar dirigiendo los esfuerzos y actividades. De igual forma, asegurarnos que los objetivos, actividades y KPIs no sean solo programáticos y específicos a las propuestas de la División sino más genéricos y que entes externos al Programa puedan comprenderlos.</p> | | | | | <p>en los antígenos requeridos para la población pediátrica y de adolescentes. Varios factores han contribuido y amenazan el cumplimiento de este objetivo, los cuales van más allá del acceso, la retención y aumento de proveedores de servicios de vacunación, así como la disponibilidad de vacunas para la población elegible. El Programa continúa desarrollando e implementando estrategias para aumentar las coberturas de vacunación en la población elegible. Se están realizando los análisis pertinentes que nos permitirán desarrollar un objetivo más específico, realista y alcanzable. El objetivo no se alcanzó debido a varias razones. Se debe reescribir el objetivo e indicar cohortes específicos de edad. La población de niños de 0 a 18 años es muy amplia, se debe definir la población elegible y tomar en consideración el incremento e impacto de las exenciones médicas y religiosas.</p> | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Objetivo 1.2 Entre el 01/2023 a 12/2023, vacunar el 60% de la población médico indigente adulta (65 años en adelante) no institucionalizada, contra la Influenza, Pulmonía y Tétano/difteria y tos. | Porcentaje (%) de incremento en la tasa de cobertura. | 1 | 1 | 100.0% | En proceso: El Programa de Vacunación continúa desarrollando e implementando estrategias para aumentar las coberturas de vacunación en la población de adultos elegible con las vacunas requeridas y recomendadas según el Itinerario de Vacunación para Adultos de Puerto Rico. Se están realizando los análisis pertinentes que nos permitirán desarrollar una meta realista. Se logró combinando estrategias de educación, promoción, comunicación y actividades de vacunación. El objetivo propuesto no se cumplió en su cabalidad. El objetivo de debe reescribir y ser más específico en cuanto a los antígenos. |

Para el año 2023, la División de Vacunación tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (1): 1 **en proceso** (100.0%).
- Objetivos (2): 2 **en proceso** (100.0%).

VIII. Grupo de Asesoramiento de Política Pública

El Grupo de Asesoramiento en Política Pública contribuye en el desarrollo e implantación de la política pública en asuntos de salud, y facilita la coordinación entre el Secretario de Salud y los Comités, Consejos, Comisiones, Juntas y otros cuerpos a los cuales éste y el DS pertenezcan por virtud de leyes, órdenes ejecutivas y/o administrativas. Entre estos organismos se encuentran: Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica; Junta Reglamentadora de Cannabis Medicinal; Comisión de Alimentación y Nutrición; Comisión de Implantación de Política Pública para la Prevención del Suicidio; Comité Asesor del Fondo de Recuperación y Restitución por Opioides; Comisión Asesora para Combatir la Pobreza Infantil y la Desigualdad Social en Puerto Rico; Consejo de Trauma; y todas aquellas que por ley sean asignadas o adscritas al DS.

Nota: Para efectos de la presente entrega, se solicitaron planes de trabajo a la Comisión de Alimentación y Nutrición, así como a la Comisión de Implantación de Política Pública para la Prevención del Suicidio. En el caso de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, así como la Junta Reglamentadora de Cannabis Medicinal, los planes fueron solicitados a sus respectivas divisiones administrativas, según establecido en la estructura organizacional. En el caso del Comité Asesor del Fondo de Recuperación y Restitución por Opioides, el mismo fue atendido mediante el plan de trabajo de la Oficina de Planificación y Desarrollo, que tiene a su haber su coordinación.

A. Comisión de Alimentación y Nutrición de Puerto Rico

- 1. Descripción:** La Comisión de Alimentación y Nutrición es el cuerpo asesor del Gobernador para el desarrollo, implantación y posterior evaluación de la política pública en las áreas de alimentos y nutrición. Se encarga de mantener actualizada la Guía Alimentaria para Puerto Rico y desarrollar iniciativas que promuevan hábitos alimentarios saludables y la prevención de la obesidad. Fue creada por la Ley Núm. 10 del 8 de enero de 1999 y está adscrita al Departamento de Salud de Puerto Rico.
- 2. Persona Contacto:** Lcda. Luz G. Rodríguez Otero, Directora Ejecutiva; rodriguez.luz@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 4621
- 3. Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|---|---------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Revisar y mantener actualizada la Guía Alimentaria para Puerto Rico tomando en consideración los hallazgos y las recomendaciones emitidas por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). (Ley 10-1999, Artículo 5, inciso I). | Completada: Fue fundamental el apoyo y la promoción de la Guía de Sana Alimentación y Actividad Física para Puerto Rico 2021-2026, MiPlato para un Puerto Rico Saludable, Guía de Sana Alimentación para Emergencias en Puerto Rico, MiPlato Saludable para Emergencias en Puerto Rico y MiPlato Saludable para el Adulto Mayor a través de las Agencias que componen la CANPR y el Comité | Objetivo 1.1 Promoción de la Guía de Sana Alimentación y Actividad Física para Puerto Rico 2021-2026 y MiPlato para un Puerto Rico Saludable a la población general para apoyar el logro de los objetivos generales que orientan la política alimentaria, nutricional y de actividad física para Puerto Rico a través del 100% de las Agencias que componen la Comisión y el Comité | Número de <i>stakeholders</i> . | 11 | 11 | 100.0% | Completado: Los resultados para este objetivo se basaron en la realización de la promoción de la Guía de Sana Alimentación y Actividad Física para Puerto Rico 2021-2026 y MiPlato para un Puerto Rico Saludable a través de las Agencias que componen la CANPR y el Comité Multisectorial: Departamento de Salud, Departamento de Educación, Departamento de Agricultura, Departamento de DACO, Departamento de Recreación y Deportes, Departamento de Familia, Miembros Ciudadanos (3) y el Comité Multisectorial (19 entidades). Durante el año natural se realizaron un total de 11 actividades dirigidas a la comunidad a través de la participación en ferias de salud, |
| | | | Tipo de <i>stakeholders</i> . | 1 | 1 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | Multisectorial: Departamento de Salud, Departamento de Educación, Departamento de Agricultura, Departamento de DACO, Departamento de Recreación y Deportes, Departamento de Familia, Miembros Ciudadanos y el Comité Multisectorial. El total de actividades dirigidas a la comunidad pudo impactar aproximadamente más de 4,500 personas a través de ferias de salud, conferencias, talleres y material educativo. Todas las Agencias | Multisectorial al finalizar el año natural 2023. | | | | | conferencias y talleres. También se proveyó material educativo que impactó a más de 4,000 personas a través de las organizaciones sin fines de lucro, profesionales de la salud y las Agencias. Según proyectado en el plan de trabajo, este objetivo se completó. Todas las Agencias que forman parte de la CANPR ⁶² y el Comité Multisectorial promocionaron y utilizaron la Guía Alimentaria como parte de sus recursos educativos para allegar a la población. También, el Departamento de Salud a través de la Oficina de Comunicaciones facilitó la coordinación, promoción y creación de artes para las redes sociales de las actividades dirigidas a la comunidad. |
| | | Objetivo 1.2 Presentación de Plan de Alimentación Saludable para Emergencias en Puerto Rico a la | Número de actividades realizadas (por tiempo). | 1 | 1 | 100.0% | Completado: A mayo 2023, se presentó la actualización de la política pública alimentaria para emergencias, Guía de Sana Alimentación para Emergencias en Puerto Rico, MiPlato |

⁶² Comisión de Alimentación y Nutrición de Puerto Rico

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|--|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | que forman parte de la CANPR y el Comité Multisectorial promocionaron y utilizaron la Guía Alimentaria como parte de sus recursos educativos para allegar a la población. El Departamento de Salud a través de la Oficina de Comunicaciones, facilitó la coordinación, promoción y creación de artes para las redes sociales de las actividades dirigidas a la comunidad. | población general para apoyar el logro de los objetivos generales que orientan la política alimentaria, nutricional y de actividad física para Puerto Rico a través del 100% de las Agencias que componen con la Comisión y el Comité Multisectorial al finalizar el año natural 2023. | | | | | Saludable para Emergencias en Puerto Rico y MiPlato Saludable para el Adulto Mayor. A través de las Agencias que componen la CANPR ⁶³ y el Comité Multisectorial: Departamento de Salud, Educación, Departamento de Agricultura, Departamento de DACO ⁶⁴ , Departamento de Recreación y Deportes, Departamento de Familia, Miembros Ciudadanos (3) y Comité Multisectorial (19 entidades) se le dio promoción a la Guía Alimentaria. A partir de la publicación se realizaron tres (3) actividades relacionadas al tema dirigidas a la comunidad: participación en ferias de salud, conferencia y taller. También se proveyó material educativo impreso a las Agencias, organizaciones sin fines de lucro, profesionales de salud y personas que hicieron la solicitud a la Comisión que impactó |

⁶³ Comisión de Alimentación y Nutrición de Puerto Rico

⁶⁴ Departamento de Asuntos del Consumidor

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | aproximadamente más de 2,500 personas. Según proyectado en el plan de trabajo, este objetivo se completó. Para el desarrollo de esta política pública se conformó un Comité Asesor de expertos que analizó la publicación de 2018 y la atemperó a los cambios basados en la Guía de Sana Alimentación y Actividad Física para Puerto Rico. También, se celebró una conferencia de prensa con los medios el lunes, 15 de mayo de 2023. Además, como parte de la exposición de esta política pública el Departamento de Agricultura hizo disponible el plan a través de su página oficial en internet durante el año 2023. |
| Meta 2. Establecer y fortalecer enlaces con las agencias gubernamentales y organizaciones públicas y privadas para el desarrollo e implantación de política pública | Completada: El Informe de Progreso del Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad 2019-2021 permitió conocer el estatus de los indicadores de este plan y la acción futura | Objetivo 2.1 Presentar Informe de Progreso del Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en Puerto Rico 2019-2021 (segundo ciclo) al 100% de los Miembros Comisionados | Número de actividades realizadas (por tiempo). | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Se produjo el Informe de Progreso para el periodo 2019-2021. Mediante Reunión Ordinaria (9 de marzo de 2023), se presentaron los resultados del Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en Puerto Rico y las nuevas metas del Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en Puerto Rico 2023-2025. Como |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|---|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| <p>concerniente a la alimentación y nutrición de la población en Puerto Rico. (Ley 10-1999, Artículo 5, incisos b, e, f, h, j, k).</p> | <p>de cada líder de la línea estratégica. Esto permitió que cada líder de las líneas estratégicas estableciera las nuevas metas para el periodo del plan 2023-2025: Departamento de Salud, Departamento de Educación, Departamento de Agricultura, Departamento de la Familia, Departamento de Recreación y Deportes, Departamento de Transportación y Obras Públicas, Programa Head Start</p> | <p>mediante la articulación interagencial y multisectorial de políticas, programas y acciones con énfasis en detener el aumento acelerado y prevenir la obesidad al 9 de marzo de 2023.</p> | | | | | <p>resultado se obtuvo que para el periodo 2019-2021, los resultados de los indicadores del plan fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Logrados - 15% En progreso - 70% Datos no disponibles - 15%. <p>Según proyectado en el plan de trabajo, este objetivo se completó según delineado. Para la revisión y presentación de datos cada líder de las cinco líneas estratégicas colaboró y presentaron los resultados de sus respectivos indicadores: Departamento de Salud, Departamento de Educación, Departamento de Agricultura, Departamento de la Familia, Departamento de Recreación y Deportes, Departamento de Transportación y Obras Públicas, Programa <i>Head Start</i> (Municipio de San Juan) y Comité Multisectorial.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | (Municipio de San Juan) y Comité Multisectorial. Como resultado, se presentó la nueva edición del Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en Puerto Rico 2023-2025 con sus metas con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud en presencia de las Agencias que lideran las líneas estratégicas, miembros comisionados, comité multisectorial y público general. Además, como parte de los esfuerzos para este plan en marzo 2023, se presentó la actualización de la campaña Muévete al | Objetivo 2.2 Promocionar el Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en Puerto Rico con la integración de las 11 Agencias que componen la Comisión y el Comité Multisectorial, mediante la articulación interagencial y multisectorial de políticas, programas y acciones con énfasis en detener el aumento acelerado y prevenir la obesidad al finalizar diciembre 2023. | Número de actividades realizadas (por tiempo). | 1 | 1 | 100.0% | Completado: Como resultado de este objetivo se pudo dar a conocer el plan de Puerto Rico para combatir la obesidad en la población en los próximos 2 años. Además, se presentó la nueva edición del Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en Puerto Rico 2023-2025 con sus metas con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud en presencia de las Agencias que lideran las líneas estratégicas y miembros comisionados (11), Comité Multisectorial y público general. Mediante conferencia de prensa (9 de noviembre de 2023) se presentaron los resultados del Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en Puerto Rico y la nueva edición del Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en Puerto Rico 2023-2025 con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. A partir de esta publicación se atendieron las solicitudes de los medios de comunicación: radio, prensa y televisión. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | Son de MiPlato con el auspicio de Goya de Puerto Rico. El objetivo principal es concienciar sobre el sobrepeso y obesidad utilizando los medios digitales como difusión de los materiales diseñados que se enfocan en cuatro áreas: nutrición, sobrepeso/obesidad, actividad física e hidratación representados a través de 15 gráficos. Estos gráficos se hicieron disponible a través de la página oficial de la comisión, así como a través de las redes sociales de las organizaciones y personas que se unieron a la campaña. | Objetivo 2.3 Promocionar la Campaña Muévete al Son de Mi Plato al público general (niños y adolescentes, adultos, adulto mayor, embarazadas y lactantes) a través de redes sociales a partir del marzo hasta finalizar diciembre 2023. | Número de actividades realizadas (por tiempo). | 1 | 1 | 100.0% | Completado: En marzo 2023, se presentó la actualización de la campaña Muévete al Son de MiPlato con el auspicio de Goya de Puerto Rico. Esta campaña es parte de las estrategias del Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en Puerto Rico. El objetivo principal es concienciar sobre el sobrepeso y obesidad utilizando los medios digitales como difusión de los materiales diseñados que se enfocan en cuatro áreas: nutrición, sobrepeso/obesidad, actividad física e hidratación representados a través de 15 gráficos. Estos gráficos se hicieron disponible a través de la página oficial de la comisión, así como a través de las redes sociales de las organizaciones y personas que se unieron a la campaña. Para la actualización de la campaña se activó el Comité Asesor de expertos quienes tuvieron a su cargo que la revisión fuera a tono con la política pública publicada en el 2021, Guía de Sana Alimentación y Actividad Física para Puerto Rico. El objetivo fue completado según proyectado en el plan de trabajo. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 3. Desarrollar investigaciones, memoriales, ponencias, publicaciones, congresos, conferencias, talleres y campañas educativas sobre asuntos críticos y de interés en la Isla y ante la opinión pública relacionados con el estado alimentario y nutricional de Puerto Rico. (Ley 10-1999, Artículo 5, incisos e, h, j, k; Artículo 7 - Estudios e Investigaciones). | Completada: La consulta directa a la Comisión de Alimentación y Nutrición de Puerto Rico para los proyectos de ley relacionados a alimentos y nutrición es fundamental para continuar asesorando con base científica. Como resultado, se sometieron tres (3) memoriales explicativos y dos ponencias ante el Senado y la Cámara de Representantes con consultas directas a expertos en el tema de nutrición deportiva y tecnología de alimentos para las siguientes medidas legislativas: Proyecto del Senado 1078 (ponencia), Proyecto de la Cámara 1528 y | Objetivo 3.1 Someter al menos una ponencia y dos o más memoriales explicativos para aquellas legislaciones pertinente en cumplimiento de la política pública alimentaria y nutricional al finalizar a diciembre 2023. | Número de actividades realizadas (por tiempo). | 2 | 3 | 150.0% | Completado: Como resultado de este objetivo se sometieron tres (3) memoriales explicativos y dos (2) ponencias ante el Senado y la Cámara de Representantes para los siguientes: Proyecto del Senado 1078 (ponencia), Proyecto de la Cámara 1528 y Proyecto de la Cámara 1834 (ponencia), (2) directas a expertos en el tema de nutrición deportiva y tecnología de alimentos. El objetivo se cumplió tal como estaba proyectado y sobrepasó las expectativas según proyectado en las ponencias. |
| | | Objetivo 3.2 Establecer al menos un convenio y alianza de colaboración con instituciones de educación superior e institutos de investigaciones en y/o fuera de Puerto Rico para el desarrollo de estudios sobre el estado alimentario y nutricional en Puerto | Número de <i>stakeholders</i> . | 2 | 2 | 100.0% | Completado: Como resultado, se cumplió el convenio educativo como Centro de Práctica para los estudiantes del Programa de Maestría en Salud Pública de la Escuela de Medicina de San Juan Bautista (septiembre-octubre 2023). También se colaboró con el proyecto de investigación de reducción de sodio de la Organización Panamericana de la Salud-PR (OPS-PR). Para los estudiantes de práctica se coordinó con la Oficina de Servicios |
| | | | Tipo de <i>stakeholders</i> . | 2 | 2 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | Proyecto de la Cámara 1834 (ponencia). De otro, lado se pudo añadir un convenio educativo con el Programa de Maestría en Salud Pública de la Escuela de Medicina de San Juan Bautista para fungir como Centro de Práctica y colaborar con el proyecto de investigación de reducción de sodio de la Organización Panamericana de la Salud-PR (OPS-PR). Bajo este mismo renglón, se desarrolló la actualización del Plan de Alimentación Saludable para Emergencias en Puerto Rico conjunto a la Organización Panamericana de la Salud, proveyendo | Rico al finalizar diciembre 2023. | | | | | Legislativos del Capitolio una serie de orientaciones presenciales para integrarlas como parte de su práctica. En el caso de la OPS, la Directora Ejecutiva participó de los grupos focales de investigación y sirvió como recurso para el desarrollo de material sobre sodio y para entrevista televisa. El objetivo se completó según proyectado. |
| | | Objetivo 3.3 Colaborar con al menos una Campaña sobre alimentación con la Organización Panamericana de la Salud-PR. | Número de participantes por actividad. | 100 | 175 | 175.0% | Completado: Como resultado, se desarrolló la actualización del Plan de Alimentación Saludable para Emergencias en Puerto Rico conjunto a la Organización Panamericana de la Salud, proveyendo apoyo técnico y financiero. También se realizó un taller virtual en el que participaron sobre 175 personas aproximadamente. A este proyecto también <i>Federal Emergency Management Agency (FEMA)</i> , por segundo periodo consecutivo apoyó la iniciativa. El objetivo se completó según proyectado. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | apoyo técnico y financiero. | | | | | | |
| Meta 4. Recomendar al Gobernador y a la Asamblea Legislativa de Puerto Rico aquella legislación pertinente para el logro de la política pública. (Ley 10-1999, Artículo 5, inciso m). | En proceso: Los proyectos de política pública sobre el Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en Puerto Rico fueron presentados ante a las Ayudantes Especiales del Gobernador y la Presidenta de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes. Sin embargo, el establecimiento del Sistema Alimentario, Nutricional y de Actividad Física para Puerto Rico (SISVANAF-PR) no se pudo lograr debido a la limitación de fondos. Se requiere de una asignación económica continua (anualmente) para | Objetivo 4.1 Presentación al Gobernador y la Asamblea Legislativa del Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en Puerto Rico como la política pública para detener el aumento acelerado y prevenir el sobrepeso y la obesidad en niños, adolescentes y adultos en Puerto Rico al finalizar el mes de septiembre 2023. | Número de actividades realizadas (por tiempo). | 1 | 2 | 200.0% | Completado: Mediante una reunión ejecutiva se presentó a las Ayudantes Especiales del Gobernador el Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en Puerto Rico. De igual forma se realizó una presentación a la Presidenta de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes, Hon. Sol Higgins. Este objetivo estaba proyectado a septiembre de 2023; sin embargo, ambas presentaciones se realizaron en el mes de octubre (19 y 31) 2023, respectivamente. |
| | | Objetivo 4.2 Establecer un Sistema Alimentario, Nutricional y de Actividad Física para Puerto Rico (SISVANAF-PR) mediante la utilización de medios electrónicos al | Número instrumentos de recopilación de datos utilizados. | 1 | 0 | 0.0% | En demora: No se pudo establecer el sistema de vigilancia (SISVANAF). Los fondos asignados durante los periodos fiscales 2022-2023 y 2023-2024 no hubo asignación económica para llevar a cabo el SISVANAF-PR. Como método alternativo se realizaron unas reuniones con la directora del <i>Behavioral Risk Factor Surveillance System</i> (BRFSS), Departamento de |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---------------------------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | que haya un instrumento de recolección de datos según establece en la Ley 10-1999, Artículo 6, inciso a y b. | finalizar diciembre 2023. | | | | | Salud para establecer un método de recolección de datos para comenzar el sistema de vigilancia de forma inicial. Para completar este objetivo se requiere de fondos en las partidas de la comisión para establecer el sistema de forma continua. |

Para el año 2023, la Comisión de Alimentación y Nutrición de Puerto Rico tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (4): 3 completadas (75.0%), y 1 en proceso (25.0%).
- Objetivos (10): 9 completados (90.0%), y 1 en demora (10.0%).

B. Comisión para la Implantación de la Política Pública para Prevención del Suicidio

1. **Descripción:** La Comisión para la Implantación en Política Pública en Prevención del Suicidio (CPS), establecida bajo la Ley 227 del 12 de agosto de 1999 en Puerto Rico, se dedica a abordar el problema del suicidio como un asunto social y de salud pública. Su objetivo principal es desarrollar e implementar estrategias de prevención del suicidio en colaboración con diversos sectores de la sociedad. La CPS ofrece una variedad de servicios, que incluyen asesoramiento en políticas públicas, charlas y capacitaciones sobre prevención del suicidio, producción y distribución de material educativo, asistencia técnica para la implementación del Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio y la publicación del Informe Mensual de Suicidios en Puerto Rico. Estos servicios están dirigidos a una amplia gama de entidades y grupos, que incluyen agencias gubernamentales, organizaciones sin fines de lucro, profesionales de la salud, medios de comunicación, instituciones educativas, centros de atención para personas mayores, líderes comunitarios, cuidadores y el público en general.
2. **Persona Contacto:** Dra. Nayda I. Román Vázquez, Directora Ejecutiva; nayda.roman@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 3666
3. **Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|--|----------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Fomentar la integración de estrategias para la prevención del suicidio en múltiples sectores del País (agencias y entidades gubernamentales estatales y municipales; escuelas públicas y privadas; universidades; proveedores de | En demora: Durante el año 2023, la Comisión tuvo que postergar algunas de las actividades propuestas en el plan de trabajo debido a la inmersión en la redacción de dos subvenciones federales de SAMHSA (<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>) y CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades). No obstante, estas subvenciones fueron otorgadas en septiembre de | Objetivo 1.1 Completar el 100% de los trámites de contratación de los servicios profesionales necesarios para conformar el equipo de trabajo que asegura las operaciones de la Comisión para finales de mayo 2023. | Cantidad de contratos nuevos. | 2 | 3 | 150.0% | Completado: Se logró completar el 100% de los trámites de contratación de los servicios profesionales para conformar el equipo de trabajo. La población que se benefició fue la Comisión para la Prevención del Suicidio que logró tener su personal completado para poder brindar un mejor servicio en todas sus áreas. Atendiendo al proceso de contratación con suficiente antelación para evitar una interrupción en la operabilidad de la Comisión, los contratistas |
| | | | Cantidad de contratos renovados. | 4 | 4 | 100.0% | |
| | | | Cantidad de contratos vigentes. | --- | --- | --- | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|--|--|------------------|-------------------|---|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| servicios de salud; organizaciones de base comunitaria; organizaciones de fe; centros de servicios a personas de edad avanzada; entre otras), de acuerdo con la Ley Núm. 227 de 1999, según enmendada. | 2023 y representan un logro significativo para fomentar la integración de estrategias de prevención del suicidio en múltiples sectores del país. Ambas propuestas buscan reducir la mortalidad y morbilidad por suicidio en la población desproporcionadamente afectada en Puerto Rico y fortalecer la infraestructura mediante la creación de una Alianza Multisectorial y una Coalición que integren todos los sectores gubernamentales, comunitarios, de salud y organizaciones de fe, entre otros, para apoyar los esfuerzos de prevención del suicidio. La obtención de estas subvenciones robustecerá la infraestructura estatal de prevención del suicidio debido al aumento en el presupuesto anual de la Comisión, así como la integración de un equipo interdisciplinario para abordar el suicidio desde la salud | | | | | presentaron la documentación solicitada dentro del plazo establecido, lo que facilitó un proceso de renovación sin contratiempos para los cuatro empleados activos que ya eran contratistas. Se realizaron procedimientos adicionales para los 3 puestos nuevos que se contrataron brindando constante seguimiento a los contratistas que se entrevistaron El objetivo se completó a mayo 2023 y a diciembre 2023 se logró contratar una persona adicional a lo esperado. | |
| | | Objetivo 1.2 Realizar el 100% de los trámites con la Oficina del Secretario y la Oficina del Gobernador de Puerto Rico para ocupar las vacantes en la Junta Directiva de la Comisión (clientela familiar, sector privado y dos | Cantidad de vacantes ocupadas en la Junta Directiva. | 4 | 0 | 0.0% | En demora: No se logró completar cuatro (4) posiciones vacantes. No se ocuparon la vacante existente en la Junta Directiva de la Comisión para la Prevención de Suicidio durante este año. El personal de la Comisión dirigió los esfuerzos a orientarse y educarse sobre las mejores prácticas para integrar este personal a la Junta Directiva. La población que se beneficiaría |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|---|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | <p>pública. Doce representantes de la Junta Directiva de la Comisión colaboraron en la redacción de 19 cartas de apoyo para presentar las dos subvenciones federales, reafirmando su compromiso con la Comisión y su labor en la prevención del suicidio. La Comisión logró convocar el 75% de las reuniones mensuales de la Junta Directiva y el 100% de ellas contó con el quórum estipulado por la Ley 227, según enmendada. Sin embargo, el personal de la Comisión no logró cubrir las vacantes de la Junta Directiva. No obstante, el personal de la Comisión invirtió tiempo en educarse y orientarse sobre las mejores prácticas para integrar el puesto de clientela familiar en la Junta Directiva, lo que sería un recurso valioso para delinear esfuerzos de prevención e incluir herramientas de prevención.</p> | <p>organizaciones sin fines de lucro), según estipulado por la Ley 227 de 1999, según enmendada, para el 30 de noviembre de 2023.</p> | | | | | <p>sería la Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS). Para el año 2022, la Junta Directiva de la CPS identificó diversas entidades para ocupar los puestos vacantes de organizaciones privadas o sin fines de lucro. Sin embargo, el nombramiento formal de estas vacantes fue pospuesto durante el año 2023 debido a que el personal de la CPS estuvo trabajando arduamente en la redacción de dos subvenciones federales con el fin de expandir los esfuerzos de prevención de suicidio, así como mejorar su capacidad fiscal. Además, durante el año 2023, cinco (5) representantes de las agencias gubernamentales que conformaban la Junta Directiva cambiaron, por lo que sería viable consultar nuevamente la designación de las entidades seleccionadas en 2022 o considerar nuevas opciones. Por otro lado, el puesto vacante correspondiente a la clientela familiar en la Junta Directiva ha</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | Se espera que el próximo año, la Comisión pueda cubrir al menos una de las cuatro vacantes, tales como las organizaciones sin fines de lucro, el sector privado y la clientela familiar. En 2023, la Comisión mantuvo su operacionalización gracias al esfuerzo y compromiso de cuatro de los seis empleados esenciales, ya que no se pudieron ocupar los puestos de contador y asistente administrativo, uno por el vencimiento del tiempo de 120 días para gestionar el trámite y el otro porque no se identificó el recurso humano. Asimismo, la directora de la Comisión gestionó la actividad fiscal, enviando las cartas de cobro al inicio del año fiscal para conformar su presupuesto. Un total de 11 agencias que | | | | | | sido difícil de ocupar a pesar de múltiples esfuerzos realizados. Para abordar esta problemática, el personal de la CPS ⁶⁵ ha recibido orientación y capacitación sobre las mejores prácticas para integrar personas con experiencia vivida en organizaciones o coaliciones para la prevención del suicidio. También, recurrió al apoyo y asistencia técnica del <i>Suicide Prevention Resource Center</i> a través de educación continua sobre este tema. La Comisión proyecta para el 2024 ocupar al menos una de estas cuatro posiciones vacantes en la Junta Directiva. |
| | | Objetivo 1.3 Para el 15 de agosto de 2023, entregar el 100% de las cartas de cobro a las 10 agencias que | Cantidad de cartas de cobro entregadas a la Junta Directiva. | 10 | 11 | 110.0% | Completado: Las once (11) agencias representadas en la Junta Directiva de la Comisión quienes por mandato de la Ley 227 de 1999, según enmendada, tienen |

⁶⁵ Comisión para la Prevención del Suicidio

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | conforman la Junta de Directores sometieron la aportación estipulada por ley en el primer semestre del año fiscal 2023-2024 para el presupuesto de la Comisión. Se espera que, con las lecciones aprendidas del proceso de contratación y el reclutamiento de personal para las subvenciones federales, la Comisión pueda completar su plantilla estatal y federal para cumplir con las actividades propuestas para el próximo año. La Comisión está comprometida a superar los desafíos y optimizar sus recursos para lograr esta meta, confiando en que el próximo año será de avances significativos en la prevención del suicidio en Puerto Rico con la integración del trabajo de las subvenciones federales. | componen la Junta Directiva de la Comisión solicitando el pago de la aportación anual - por agencia - de \$30,000, según estipulado por la Ley 227 del 1999, según enmendada, para constituir el presupuesto de la Comisión para el año fiscal 2023-2024. | | | | | estipulado aportar \$30,000 cada una para la conformación del presupuesto de la Comisión, recibieron las cartas de cobro al inicio del año fiscal específicamente el 3 y 10 de agosto de 2023. Durante los primeros seis meses del año fiscal, se recibieron las aportaciones de 11 de las 11 agencias. La población que se benefició fue la Comisión para la Prevención del Suicidio ya que se conformó su presupuesto estatal con las aportaciones. El objetivo se logró siguiendo las actividades propuestas en el plan de trabajo. Sin embargo, durante ese año, la Comisión no contaba con un contable, por lo que la Directora asumió las responsabilidades necesarias para cumplir con el objetivo. Estas incluyeron la confirmación de la cuenta bancaria para recibir las aportaciones, la inclusión de esta información en las cartas de cobro, la obtención de la firma del Secretario de Salud en las cartas dirigidas a los jefes de agencia de |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | la Junta Directiva de la Comisión, y la entrega personal de las cartas en las instalaciones de cada agencia. Para el próximo año, se espera lograr el reclutamiento del puesto de Contadora para que pueda dar seguimiento a las aportaciones de los miembros de la Junta y conformar el presupuesto de la Comisión. Dicho objetivo se logró tal cual se encontraba redactado. |
| | | Objetivo 1.4: Convocar mensualmente por vía electrónica al 100% de los integrantes de la Junta Directiva para promover la participación multisectorial en la implementación de estrategias de prevención de suicidio y en las actividades educativas de la | Cantidad de reuniones mensuales realizadas. | 12 | 9 | 75.0% | Completado: Se logró convocar mensualmente por vía electrónicamente al 100% de los miembros de la Junta Directiva. La Comisión logró realizar el 75% de las reuniones mensuales con miembros de la Junta de Directiva para promover la participación multisectorial en la implementación de estrategias de prevención de suicidio. Cabe señalar, que en una tercera parte de estas reuniones hubo una representación de 9 de sus 11 miembros cumpliendo con el quórum estipulado por Ley |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | Comisión, según estipulado en el plan de acción de la ley 227 de 1999, según enmendada, para el 31 de diciembre de 2023. | | | | | <p>permitiendo así la toma de decisiones y logrando una buena asistencia por parte de los miembros. La población que se benefició fue tanto la Comisión para la Prevención del Suicidio, así como los participantes impactados por medio de las decisiones tomadas en dichas reuniones.</p> <p>Se convocaron todos los meses a cada miembro de la Junta Directiva. Durante este año, se convocaron 9 de las 12 reuniones mensuales puesto que el personal de la Comisión estuvo inmerso en la redacción de dos subvenciones federales, lo que limitó la capacidad de celebrar reuniones durante tres meses del año. De paso las reuniones que no fueron llevadas a cabo se pospusieron por medio de consenso con los mismos miembros de la Junta Directiva. Por otro lado, la Comisión reconoce la dificultad de coordinar reuniones durante los cierres del año fiscal y especialmente en el periodo de</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | | | | | <p>diciembre, cuando el personal de las agencias está ocupado con tareas de cierre. Estas circunstancias se tendrán en cuenta al planificar las actividades futuras para garantizar una participación efectiva y colaborativa de los miembros de la Junta Directiva en los esfuerzos de prevención del suicidio. Para lograr la asistencia y participación activa en las reuniones mensuales de la Junta Directiva, se implementaron diversas estrategias de comunicación. Se enviaron recordatorios periódicos por correo electrónico con la agenda de cada reunión y se proporcionaron materiales relevantes con anticipación para permitir una preparación adecuada. Además, se fomentó un ambiente de apertura y colaboración. Con el fin de fomentar una participación aún más activa de los miembros de la Junta Directiva, se planifica trabajar en el diseño de un plan de trabajo para el próximo año, 2024.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | Este plan se centrará en brindar a los miembros un papel más dinámico en la generación de ideas y contribuciones dentro de sus respectivas unidades en la prevención del suicidio. El objetivo se cumplió tal cual ya que se convocó mensualmente al 100% de los miembros de la Junta Directiva vía correo electrónico. |
| Meta 2. Promover campañas de educación y sensibilización sobre la prevención del suicidio (con un mayor énfasis durante el Mes de la Prevención del Suicidio, del 10 agosto al 10 septiembre) en las redes sociales del Departamento de Salud y otros medios de comunicación | Completada: La Comisión ha logrado difundir el mensaje de concientización y sensibilización como estrategia para prevenir el suicidio mediante talleres, charlas, foros y la distribución de recursos educativos físicos y electrónicos a lo largo del año 2023. La participación en los talleres ha sido considerable y constante, lo que ha contribuido a ampliar el conocimiento para identificar, manejar y referir a personas en riesgo suicida en la población general. Durante el mes de | Objetivo 2.1 Durante el año natural 2023 (con un mayor énfasis en el Mes de la Prevención del Suicidio, del 10 agosto al 10 septiembre) en colaboración con las entidades que componen la Junta Directiva, se promoverá mediante publicaciones digitales y escritas, así como con la | Cantidad de materiales educativos distribuidos físicamente. | 2,000 | 8,036 | 401.8% | Completado: Se promovió el mensaje de prevención del suicidio a través de la educación, centrándose en la identificación, manejo y referencia de personas con comportamiento suicida, la discusión de mitos que puedan obstaculizar la búsqueda de ayuda, la provisión de números de teléfono para asistencia psico-social, la epidemiología del suicidio en Puerto Rico y los factores protectores. La Comisión distribuyó 8,036 recursos educativos a través de las agencias que componen la Junta Directiva. Además, organizó y facilitó 58 talleres educativos, tanto en |
| | | | Cantidad de participantes global en actividades educativas. | 1,800 | 8,860 | 492.2% | |
| | | | Cantidad de actividades educativas realizadas. | 36 | 58 | 161.1% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| implementando estrategias de educación y comunicación diseñadas para la prevención del suicidio, en conformidad con la Ley Núm. 227 de 1999, según enmendada. | prevención de suicidio, se promovió la conversación abierta en los <i>webinars</i> semanales "30 minutos contigo", superando la cantidad de participantes esperados, y se distribuyeron 8,036 recursos educativos en las distintas agencias que componen la Junta Directiva. Es importante destacar que, durante este año, con el apoyo financiero del Programa de Equidad de la Oficina de Planificación y Desarrollo del Departamento de Salud, la Comisión logró integrar estrategias de prevención de suicidio, como el autocuidado, entre los primeros respondedores de diversas agencias y organizaciones, a través del proyecto "Cuidándonos: Integración del | participación en entrevistas en diversos medios de comunicación, un mensaje de prevención de suicidio mediante campañas de educación y sensibilización referente a la prevención del suicidio contextualizada a la realidad actual de Puerto Rico. | | | | | modalidad virtual y presencial impactando 8,860 personas. La población que se impactó fueron profesionales de la salud y profesionales del sector laboral. Para lograr este resultado, se implementaron procedimientos adicionales en la Comisión, como la solicitud de recursos educativos vía correo electrónico por parte de las agencias interesadas. El personal de la Comisión coordinaba citas para el recogido de materiales en el área de estacionamiento de la sede de la CPS ⁶⁷ , utilizando un método de entrega tipo 'servi-carro'. Durante este año 2023, se amplió la distribución del material educativo a diversas entidades, como universidades y escuelas, alcanzando un total de 21,811 recursos educativos entregados, incluyendo afiches, opúsculos, |

⁶⁷ Comisión para la Prevención del Suicidio

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | Autocuidado en el Entorno Laboral". Para este proyecto, se diseñó un taller basado en dos análisis FODA ⁶⁶ con supervisores y primeros respondedores, además de actualizar y crear material educativo. Un total de 777 primeros respondedores participaron en este proyecto entre septiembre y noviembre, tanto en modalidad virtual como presencial. Además, se diseñaron ocho (8) hojas informativas sobre el autocuidado, junto con una autoevaluación para reflexionar sobre las prácticas de cuidado personal, las cuales fueron distribuidas entre todos los participantes. Los resultados de la evaluación de "Cuidándonos" indicaron una alta satisfacción por parte de | | | | | | trípticos, hojas informativas y tarjetas con números de emergencia. Estas medidas reflejan el compromiso de la CPS con la difusión efectiva de recursos educativos sobre la prevención del suicidio, maximizando su impacto en la comunidad. El objetivo se cumplió tal cual se propuso en el plan de trabajo 2023. |
| | | Objetivo 2.2 Durante el Mes de Prevención de Suicidio, se publicará un "post" semanal sobre la campaña o actividad educativa a través de las redes sociales del Departamento de Salud para lograr una participación de | Número de actividades educativas virtual. | 5 | 5 | 100.0% | Completado: La Comisión logró difundir el tema de la prevención del suicidio al fomentar la conversación abierta y proporcionar recursos de apoyo y educativos utilizando las redes sociales y el portal del Departamento de Salud. Además, los <i>webinars</i> semanales de "30 minutos contigo" durante el Mes de Prevención de Suicidio alcanzaron el impacto deseado. En cuatro (4) de los cinco (5) <i>webinars</i> |
| | | | Número de participantes en actividades educativas virtuales. | 250 | 308 | 123.2% | |

⁶⁶ Análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas).

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|--|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | los participantes, así como un aumento del conocimiento sobre el autocuidado y el estrés laboral. Por lo tanto, se espera incluir este taller como parte de los recursos educativos de la Comisión para el año 2024, con el fin de promover factores protectores contra el suicidio. | al menos 50 personas en cada actividad educativa virtual de la Comisión a través de la plataforma <i>Microsoft Teams</i> . | | | | | virtuales, superaron la meta de 50 asistentes por sesión. El cuarto <i>webinar</i> la única excepción con 40 personas. La colaboración estrecha con el equipo de la Oficina de Comunicaciones del Departamento de Salud fue fundamental para lograr estos resultados. La población beneficiada de estos resultados son la Comisión para la Prevención del Suicidio y los participantes de los talleres. En el cumplimiento de este objetivo no se presentó cambios en la unidad, personal o el proceso para llevar a cabo este objetivo. A través de una comunicación constante y coordinada por correo electrónico entre la Comisión y la Oficina de Comunicaciones del Departamento de Salud, se logró programar y organizar la distribución electrónica de los mensajes de prevención del suicidio, así como la promoción de los talleres educativos de la Comisión. Esta colaboración anticipada facilitó la difusión y |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | participación del público en general en actividades de autocuidado, así como la concienciación sobre el tema del suicidio. Un ejemplo destacado de esta colaboración fue la actividad "30 minutos contigo", que ofreció información sobre factores protectores con el objetivo de reducir las muertes por suicidio. El objetivo se logró tal cual como se encuentra redactado. |
| | | Objetivo 2.3: Contactar por vía electrónica a la Oficina de Comunicaciones del Departamento de Salud para solicitar la actualización del 100% los recursos educativos y promociones de talleres de la Comisión en el portal electrónico del Departamento de Salud para | Cantidad de materiales educativos nuevos en el portal del Departamento de Salud. | 2 | 4 | 200.0% | Completado: Se actualizó y se amplió la oferta de los recursos educativos de la Comisión, así como facilitar la distribución de los mismos a través del portal electrónico y redes del Departamento de Salud a la población en general. Las poblaciones que se beneficiaron fueron las que pudieron acceder los materiales educativos a través de la página del Departamento de Salud. La Comisión logró actualizar las hojas promocionales de los talleres ofrecidos entre enero y junio, así |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | asegurar el fácil acceso a dichos recursos por parte del público general para el 1ro de diciembre de 2023. | | | | | como entre agosto y diciembre, en colaboración con la Oficina de Comunicaciones del Departamento de Salud mediante comunicación por correo electrónico. También, se diseñaron ocho hojas informativas sobre el autocuidado, una hoja de autoevaluación para reflexionar sobre las prácticas de cuidado personal, una revista que destacó los hallazgos más relevantes y un afiche titulado 'Cuidándonos: Cómo recuperarse del agotamiento laboral o <i>burnout</i> '. Estos recursos se desarrollaron como parte del Proyecto 'Cuidándonos: Integración del Autocuidado en el Entorno Laboral', con el objetivo de abordar la salud mental y el síndrome de <i>burnout</i> laboral mediante prácticas de autocuidado. Además, fueron distribuidos a través del portal del Departamento de Salud. Cabe destacar que este proyecto recibió financiamiento como un <i>subaward</i> de la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo del |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | Programa de Equidad en Salud. El objetivo se logró tal cual como se encuentra redactado. |
| <p>Meta 3. Promover el desarrollo, la implantación y el cumplimiento, según requerido por la Ley Núm. 76 de 2010, del Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio, en toda agencia, corporación pública, municipios, instrumentalidades del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, escuelas públicas y privadas, centros que brindan servicios a personas de edad avanzada y cualquier entidad u organización que reciba fondos del</p> | <p>En demora: La Comisión para la Prevención del Suicidio comenzó a sistematizar la organización de los archivos de las agencias que habían cumplido con el protocolo desde 2021 hasta 2023, así como a monitorear y documentar en el listado de las agencias de la rama ejecutiva proporcionado por la Secretaría de la Gobernación aquellas que habían cumplido con el protocolo. Además, logró ofrecer un espacio recurrente a través de los talleres de Desarrollo e Implementación de un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio para exponer y responder a las dudas de las distintas organizaciones con relación a este requisito de Ley (Ley Núm. 76 de 2010). El correo</p> | <p>Objetivo 3.1 Durante el año natural 2023, la Comisión llevará un registro electrónico de los sectores identificados en la Ley 76 del 2010, según enmendada, la cual establece el requerimiento del Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio, para monitorear que hayan cumplido con el envío electrónico de sus Protocolos actualizados para mediados de diciembre de 2023.</p> | Actualización del listado de entidades requeridas bajo la Ley 76 del 2010. | 1 | 1 | 100.0% | <p>Completado: Iniciar la sistematización del cumplimiento con el Protocolo Uniforme para la Prevención de Suicidio estableciendo un archivo electrónico (<i>Excel</i>: Monitoreo de Protocolos 2023) con el listado de las agencias de la rama ejecutiva provisto por la Secretaría de la Gobernación donde se monitorea el cumplimiento con el mismo. Este archivo fue actualizado en diciembre 2023, donde se incorporó personal nuevo para esta actividad. Además, se creó un archivo electrónico donde se organizó por año, tipo de agencia y estatus de aprobación del Protocolo Uniforme, los protocolos entregados desde los años 2021 al 2023. Esta herramienta permite mejorar la eficiencia, seguridad y accesibilidad de la información. Por último, se realizó un informe resumen de las agencias / entidades que cumplieron con la</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--------------------------|---|----------|--------------------------|------------------|-------------------|--|-----------------------|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Gobierno de Puerto Rico. | electrónico protocolosuicidio@salud.pr.gov facilitó la asesoría técnica personalizada para responder cualquier duda e inquietud que la organización pudiera tener durante el proceso de trabajo del protocolo, aumentando la probabilidad de cumplir con el mismo. Estas medidas facilitaron la concientización y la formalización de la importancia de la implantación del protocolo. No obstante, la Comisión reconoce que aún falta camino por recorrer para cumplir con esta meta. Con estos fines para el año 2024, la Comisión trabajará en digitalizar un formulario con el registro de asesoría técnica, y otro para la entrega de informes semestrales y eventualmente para el | | | | | entrega de protocolo desde el año 2021 hasta el año 2023. La población a beneficiarse son las agencias incorporadas en la Ley 76 del 2010. El proceso de sistematización inició con la incorporación de nuevo personal responsable de ofrecer talleres educativos de la Comisión y de garantizar el cumplimiento de las agencias con la Ley 76 del 2010, según enmendada, que requiere que todas las agencias tengan un Protocolo para la Prevención de Suicidio. Este personal demostró proactividad al evaluar y actualizar los protocolos recibidos por las agencias para el año 2023, además de organizar los protocolos recibidos desde el 2021. Se proyecta que, para finales del año 2024, con la inclusión de un evaluador en el personal de la CPS ⁶⁸ , se completará la | |

⁶⁸ Comisión para la Prevención del Suicidio

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | protocolo de prevención de suicidio. Además, está diseñando una base de datos que permitirá cuantificar de manera rápida la cantidad de protocolos entregados por las agencias y hacer seguimiento. Estas actividades permitirán facilitar el acceso a la información, monitorear el cumplimiento, identificar áreas de mejora, ahorrar tiempo y recursos, facilitar el análisis y promover una mayor transparencia y rendición de cuentas. | | | | | | sistematización del Protocolo. Esto implica diseñar una base de datos con información detallada sobre el cumplimiento del protocolo y crear formularios electrónicos en la plataforma de <i>Microsoft Forms</i> para someter el protocolo. Estas actividades permitirán facilitar el acceso a la información, monitorear el cumplimiento, identificar áreas de mejora, ahorrar tiempo y recursos, facilitar el análisis y promover una mayor transparencia y rendición de cuentas. El objetivo se cumplió según redactado en el Plan de Trabajo 2023. |
| | | Objetivo 3.2 Ofrecer asesoría técnica sobre el desarrollo e implantación del Protocolo para la Prevención del Suicidio, requisito de la Ley Núm. 76 de 2010 para las agencias de la rama ejecutiva, los | Cantidad de talleres sobre el Protocolo ofrecidos. | 12 | 7 | 58.3% | En demora: Se estableció una comunicación directa con las organizaciones que necesitaban asesoría técnica para la implantación del protocolo a través del correo electrónico protocolosuicidio@salud.pr.gov . En total, se recibieron 33 correos electrónicos de municipios, agencias gubernamentales, escuelas privadas y públicas, solicitando diversos recursos. Estos |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | municipios, los centros que ofrecen servicios a personas de edad avanzada, instituciones educativas públicas y privadas y cualquier entidad que reciba fondos del Gobierno de Puerto Rico, mediante talleres virtuales mensuales para mediados de diciembre de 2023. | | | | | incluían formularios actualizados para cumplir con el protocolo, información general sobre el mismo y la disponibilidad de talleres de Respuesta Rápida ante Situaciones de Comportamiento Suicida, requeridos para los miembros del equipo de ERRSS y CA. Además, se solicitaron materiales educativos y charlas presenciales con personal de la Comisión como parte de las actividades necesarias para cumplir con el protocolo. Cabe señalar que 582 personas participaron en el taller 'Desarrollo e Implementación del Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio' durante este año, permitiendo responder a las dudas generadas directamente. No se logró cumplir con cinco (5) de estos talleres. Las poblaciones que se beneficiaron de estos resultados fueron las agencias de la rama ejecutiva, los municipios, los centros que ofrecen servicios a personas de edad avanzada, instituciones educativas públicas y |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | | | | | <p>privadas y cualquier entidad que reciba fondos del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>A pesar de la interrupción en la programación de los talleres, se continuó brindando apoyo a través de la respuesta a consultas recibidas por correo electrónico en la dirección protocolosuicidio@salud.pr.gov.</p> <p>Se espera para el año 2024 implementar un formulario electrónico, para registrar la asesoría técnica proporcionada a las agencias con respecto al protocolo y documentar las preguntas más frecuentes con el objetivo de abordarlas en los talleres. Además, esta herramienta facilita la organización, eficiencia, así como el análisis y evaluación de las necesidades y tendencias en este particular. Se espera completar para diciembre 2024 y también, se planificará ofrecer 5 talleres sobre Desarrollo e Implementación del Protocolo Uniforme durante el año 2024.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | <p>Objetivo 3.3 Durante el periodo de febrero a diciembre 2023, la Comisión calendarizará y ofrecerá un taller recurrente mensual sobre el desarrollo e implantación del Protocolo y enviará una comunicación oficial por vía electrónica a los sectores incluidos en la Ley 76 del 2010.</p> | Número de talleres sobre el protocolo ofrecido. | 10 | 7 | 70.0% | <p>En demora: Se logró completar siete (7) de los diez (10) talleres proyectados a ofrecer. No se lograron completar tres (3) talleres; sin embargo, se logró impactar a un total de 582 participantes en los siete (7) talleres que se ofrecieron. Durante el transcurso del año 2023, la ejecución mensual del taller 'Desarrollo e Implementación de un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio' estuvo limitada debido a la participación del personal encargado en la redacción y adjudicación de dos subvenciones federales (SAMHSA⁶⁹ y CDC⁷⁰). La población beneficiada fueron las agencias de la rama ejecutiva, los municipios, los centros que ofrecen servicios a personas de edad avanzada, instituciones educativas públicas y</p> |

⁶⁹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration

⁷⁰ Centros para el Control y Prevención de Enfermedades

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | | | | | <p>privadas y cualquier entidad que reciba fondos del Gobierno de Puerto Rico.</p> <p>En diciembre 2023, se incorporó nuevo personal responsable de las actividades educativas, ya que el personal anterior asumió el rol de Gerente de Proyecto de CDC una de las subvenciones federales. Los meses en los que el taller no pudo ofrecerse fueron abril, junio, julio, septiembre y noviembre. Sin embargo, la Comisión considera para el año 2024 no ofrecer este taller durante los meses de junio y julio dado que la mayoría de las agencias y entidades están trabajando en el cierre de año fiscal. Para este año 2024 se proyecta cumplir con diez (10) talleres anuales sobre 'Desarrollo e Implementación del Protocolo Uniforme para la Prevención de Suicidio' con la finalidad de ofrecer asesoría técnica a las agencias para el cumplimiento con el Protocolo para diciembre 2024.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| <p>Meta 4. Informar, educar y sensibilizar a la población a través de actividades educativas sobre la prevención del suicidio.</p> | <p>Completada: Es fundamental para la CPS educar y sensibilizar a la población sobre la prevención del suicidio, ya que esto no solo ayuda a identificar y abordar situaciones de riesgo, sino que también contribuye a formar una población solidaria, comprensiva y capacitada para apoyar a quienes están en riesgo. A lo largo de los años, hemos logrado esta meta mediante la implementación de una oferta semestral de capacitaciones que abordan temas como concienciación, estadísticas en Puerto Rico, reducción del estigma, acceso a recursos, autocuidado y estrategias de afrontamiento, especialmente dirigidas a la población de adultos mayores varones, que tiene las tasas más altas de suicidio, así como</p> | <p>Objetivo 4.1 Ofrecer al menos tres talleres virtuales, a través de la plataforma de <i>Microsoft Teams</i>, sobre la identificación, manejo y referido de personas en riesgo de suicidio dirigido a público general, con énfasis en la prevención del suicidio en hombres, la población más afectada por muertes por suicidio en Puerto Rico, y en la prevención del suicidio en niños, niñas y jóvenes para mediados de diciembre de 2023.</p> | <p>Cantidad de talleres sobre prevención del suicidio ofrecidos.</p> | 36 | 58 | 161.1% | <p>Completado: En el año 2023, la CPS⁷¹ logró aumentar la disponibilidad de capacitaciones educativas sobre la prevención del suicidio, ofreciendo un total de 58 talleres dirigidos a la población general. Estos talleres se centraron en la identificación, manejo y referencia de personas en riesgo, con talleres específicos dedicados a la prevención entre hombres mayores, así como entre niños y jóvenes. La frecuencia promedio de talleres mensuales fue de cinco (5). Su objetivo principal fue concientizar y sensibilizar a la población puertorriqueña sobre el tema del suicidio. La población beneficiada de estos resultados fueron niños, jóvenes y hombres adultos. Para garantizar la consistencia y recurrencia en la oferta de capacitaciones educativas de la CPS, se ha implementado un</p> |

⁷¹ Comisión para la Prevención del Suicidio

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|----------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | <p>a la población de niños y jóvenes. La respuesta ha sido extraordinaria en términos de participación, logrando impactar a un total de 7,444 personas a través de talleres virtuales y a 1,416 personas mediante talleres presenciales en el año 2023, lo que demuestra el éxito y el alcance significativo de nuestras actividades educativas. La distribución de material educativo a los participantes, junto con la promoción del calendario de futuros talleres, garantiza una continua participación. Además, la oportunidad de obtener créditos de educación continua ha incentivado la participación de profesionales en estos talleres, ampliando así su impacto. Para el próximo año, la CPS tiene como objetivo crear un perfil de los participantes de los talleres y recopilar temas de interés de</p> | | | | | | <p>calendario de talleres por semestre. Este calendario está diseñado para abordar la prevención del suicidio en diversas poblaciones y proporcionar pautas sobre el manejo de una persona con comportamiento suicida. La implementación de talleres virtuales ha permitido ampliar el número de capacitaciones, dado que requieren una coordinación menor que los talleres presenciales. Una vez que se establecen las fechas de los talleres, se crean hojas promocionales digitales para cada uno de ellos. Estas hojas promocionales se distribuyen entre los participantes de los talleres, los miembros de la Junta de Directores para que las compartan en sus respectivas entidades, y a través de la página web del Departamento de Salud y sus redes sociales. El objetivo fue completado tal cual se propuso en el Plan de Trabajo 2023.</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | los mismos, con el fin de llevar a cabo cualquier reestructuración necesaria basada en los resultados de las evaluaciones de los talleres. | Objetivo 4.2 Diseminar el material educativo sobre el riesgo de suicidio al 100% a los participantes por vía electrónica, posterior a cada taller o charla ofrecida, y en respuesta a solicitudes electrónicas de material educativo, para finales de 2023. | Cantidad de material educativo distribuido, dirigidos a profesionales de salud. | 1,800 | 7,852 | 436.2% | Completado: En el año 2023, la CPS ⁷² logró la difusión de sus recursos educativos digitalizados sobre la identificación y el apoyo a personas en riesgo de suicidio, así como la promoción del mensaje de prevención entre los participantes de los talleres. En 45 charlas y talleres ofrecidos con más de 50 participantes, se diseminaron 7,852 recursos educativos. Este material educativo difundido es adicional al entregado durante el Mes de Prevención de Suicidio. Cabe señalar, que la cantidad promedio de participantes en los talleres virtuales fue de 248 con una participación que fluctuaba entre 90 y 555 participantes, impactando de esta manera 7,444 participantes. La población beneficiada fueron profesionales de la salud, profesionales de |

⁷² Comisión para la Prevención del Suicidio

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | <p>agencias de gobierno y otras organizaciones.</p> <p>La distribución de los recursos educativos digitalizados está estandarizada como parte integral de la realización de las actividades educativas. Una vez finalizada la actividad educativa, se procede a enviar a los participantes las presentaciones, afiches y hojas informativas. Además, se envió material educativo a todas las personas que lo solicitan a través del correo electrónico prevencionsuicidio@salud.pr.gov.</p> <p>El objetivo se completó tal y como se propuso en el Plan de Trabajo 2023.</p> |
| | | <p>Objetivo 4.3</p> <p>Para diciembre 2023, promover e incentivar la participación de profesionales de la salud, profesionales del área de comunicaciones y el público general en los cursos en-línea,</p> | Cantidad de participantes en los cursos en línea. | 60 | 77 | 128.3% | <p>Completado:</p> <p>Un total de 77 personas participaron en los cursos en línea, específicamente 56 en el curso de 'Prevención de Suicidio en Situaciones de Desastre' y 21 en 'El Rol de los Medios de Comunicación en la Prevención de Suicidio'. Estos talleres son libres de costo y se pueden realizar de manera asincrónica, pero es vital</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | libres de costo, sobre la prevención del suicidio en situaciones de desastre y el rol de los medios de comunicación en la prevención del suicidio. | | | | | para la CPS ⁷³ promocionarlos dado que están bajo la página electrónica del <i>Puerto Rico Public Health Trust</i> aunque se encuentra el enlace en la página electrónica del Departamento de Salud. La población beneficiada fueron profesionales de la salud, profesionales de agencias de gobierno y otras organizaciones. Durante el período de mayo a julio, previo al inicio de la temporada activa de huracanes, se llevaron a cabo dos iniciativas para promover la participación en el curso en línea 'Prevención de Suicidio en Situaciones de Desastre'. En primer lugar, se elaboró una hoja promocional específica para el curso, la cual se difundió a través del <i>mailing list</i> de la CPS y se promocionó en <i>Facebook</i> mediante la colaboración con la Oficina de Comunicaciones. Además, se gestionó y obtuvo la |

⁷³ Comisión para la Prevención del Suicidio

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | renovación anual de la División Central de Educación Continua del Recinto de Ciencias Médicas para acreditar horas de contacto a los participantes que las soliciten. Para el próximo año, tenemos una cuota de participantes para estos talleres. El objetivo se completó tal y como se propuso en el Plan de Trabajo 2023. |
| <p>Meta 5. Fungir como fuente oficial de datos estadísticos sobre mortalidad por suicidio en Puerto Rico y garantizar el fácil acceso a dichos datos para toda la población a través del portal electrónico del Departamento de Salud.</p> | <p>En demora: La CPS⁷⁴ ha sido diligente y constante a lo largo de los años en su papel como fuente oficial de datos de mortalidad por suicidio en Puerto Rico, proporcionando acceso a la población puertorriqueña a través del portal electrónico del Departamento de Salud. La colaboración continua y la coordinación sistemática entre el Instituto de Ciencias Forenses, la Línea PAS y el Centro de Control de</p> | <p>Objetivo 5.1 Garantizar el acceso y disponibilidad al menos al 80% de los datos de suicidios en Puerto Rico mediante la recopilación mensual de datos de suicidios certificados por el Instituto de Ciencias Forenses, registrados por el Registro</p> | Porcentaje (%) de datos recopilados de suicidios. | 80 | 90 | 90.0% | <p>Completado: Durante el año 2023, la Comisión logró acceder de manera efectiva y frecuente a los datos sobre mortalidad por suicidio en Puerto Rico para 9 de los 10 meses propuestos mediante la colaboración directa con el Instituto de Ciencias Forenses (ICF). Además, obtuvo información sobre amenazas o intentos de suicidio por parte de la Línea PAS y el Centro de Control de Envenenamiento. Es importante destacar que, durante este año, el</p> |

⁷⁴ Comisión para la Prevención del Suicidio

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | <p>Envenenamiento son fundamentales para alcanzar esta meta. Este año, el <i>National Center for Health Statistics</i> (NCHS) invitó a la CPS a colaborar en un seminario web para presentar los esfuerzos realizados por la CPS en la prevención del suicidio, así como las estadísticas de mortalidad por suicidio en el archipiélago. Esta actividad tuvo lugar en diciembre de 2023 y contó con la participación de más de 100 personas procedentes de diversas jurisdicciones de los Estados Unidos. Durante el evento, el NCHS resaltó la rapidez, confiabilidad y validez de los datos proporcionados por la CPS, provenientes de sus fuentes, en contraste con las jurisdicciones de Estados Unidos que dependen de estadísticas vitales. Cabe señalar que, durante este año, hubo un pequeño retraso en los datos para los meses de</p> | <p>Demográfico, así como los datos de situaciones relacionadas al suicidio provistas por la Línea PAS de ASSMCA y el Centro de Control de Envenenamiento de Puerto Rico para finales de diciembre 2023.</p> | | | | | <p><i>National Center for Health Statistics</i> (NCHS) destacó la actualización y la fiabilidad de las fuentes de datos utilizadas en Puerto Rico, en contraste con las jurisdicciones de Estados Unidos que dependen de las estadísticas vitales. La población beneficiada fue la Comisión para la Prevención del Suicidio y el Departamento de Salud.</p> <p>Durante el año 2023, la Comisión logró mantener la accesibilidad a los datos sobre mortalidad por suicidio mediante la sistematización de las gestiones lideradas por la Dra. Coss, quien mantiene una colaboración directa con el Instituto de Ciencias Forenses para este propósito. Aunque se experimentó un breve retraso durante el mes de diciembre debido a la transición del ICF de la plataforma de gestión de base de datos <i>FileMaker</i> a <i>BEAST</i>. Además, se llevaron a cabo gestiones con la línea PAS y el Centro de Control de Envenenamiento para actualizar</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|----------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | <p>agosto a diciembre, ya que el ICF⁷⁵ estaba cambiando la plataforma de gestión de base de datos de <i>FileMaker</i> a <i>BEAST</i>. Los informes mensuales de mortalidad por suicidio se publicaron hasta abril de 2023, ya que la CPS estaba tramitando el reclutamiento de un epidemiólogo para este proceso, el cual no se completó antes de diciembre de 2023. Sin embargo, en los talleres ofrecidos por la Comisión, la información se actualizó hasta agosto de 2023. Para el año 2024, se planea contratar a un programador web y a un demógrafo para diseñar un <i>dashboard</i> de mortalidad por suicidio, que permita observar en tiempo real las fluctuaciones en las tendencias</p> | | | | | | <p>los datos de ideación e intento suicida durante este año. Los datos recopilados permitirán redactar el informe anual de suicidios en Puerto Rico para el año 2023. Para el próximo año, se espera establecer un acuerdo de colaboración con la División de Epidemiología del Departamento de Salud, utilizando la subvención otorgada por los Centros de Control de Enfermedades. Este acuerdo permitirá el acceso a la plataforma ESSENCE, lo que facilitará el monitoreo y reporte de la morbilidad por suicidio o intentos de suicidio en las instituciones hospitalarias del país como parte del componente de Vigilancia Sincrónica de esta subvención. El objetivo se completó tal y como se propuso en el Plan de Trabajo 2023.</p> |

⁷⁵ Instituto de Ciencias Forenses

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | relacionadas con el comportamiento suicida, facilitando así una respuesta rápida y eficaz. Esta herramienta será subsidiada por la subvención de los CDC ⁷⁶ , que incluye un componente de Vigilancia Sincrónica. Además, esta subvención será clave para poder ofrecer por primera vez los datos sobre morbilidad por suicidio reportada en instituciones clínicas como los hospitales. | Objetivo 5.2 Desarrollar y publicar en el portal electrónico del Departamento de Salud al menos el 80% de los Informes Mensuales de Suicidios en Puerto Rico con datos actualizados y provistos por el Instituto de Ciencias Forenses para finales de diciembre 2023. | Porcentaje (%) de informes mensuales de suicidios. | 100 | 60 | 60.0% | En demora: Durante el año 2023, aunque se contaba con datos de mortalidad por suicidio para aproximadamente ocho meses, solo se publicaron informes correspondientes a los primeros tres meses del año (enero a junio de 2023). Sin embargo, es importante señalar que, a diferencia de la publicación en el portal, los datos de mortalidad por suicidio contenidos en los talleres ofrecidos por la Comisión se actualizaron por lo menos hasta agosto de 2023. La población beneficiada fue el Departamento de Salud y las organizaciones impactadas con los informes. A pesar de mantener comunicación directa con las fuentes que proporcionan los datos de mortalidad por suicidio, la Comisión se vio limitada en el desarrollo y publicación de |

⁷⁶ Centros para el Control y Prevención de Enfermedades

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | | | | | informes mensuales debido al retraso en la contratación de un epidemiólogo. Este profesional tendría la responsabilidad de generar los informes y coordinar la publicación de estos con la Oficina de Comunicaciones del Departamento de Salud. La importancia de contratar este personal radicaba en el hecho de que la Dra. Coss, quien anteriormente llevaba a cabo esta labor, asumió el rol de Gerente de Proyecto de la subvención del CDC, lo que le demandaba actualizar el presupuesto, realizar el reclutamiento de personal y la compra de equipo, dado que la propuesta original contemplaba un término de 5 años, mientras que la aprobada fue para 4 años. Además, el personal de la Comisión se encontraba ocupado redactando la solicitud de |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | subvención de SAMHSA ⁷⁷ . Para el año 2024, con la integración del personal de la subvención del CDC ⁷⁸ , la cual incluye el componente de Vigilancia Sincrónica, se espera publicar en el portal del Departamento de Salud los informes mensuales de mortalidad y morbilidad por suicidio para al menos 9 meses del año. Se logró culminar los informes para febrero 2024 con la contratación de una epidemióloga, una analista de datos y un demógrafo. |
| | | Objetivo 5.3 Para diciembre 2023, la Comisión desarrollará un 'dashboard' con las tasas ajustadas de suicidios en Puerto Rico con el Objetivo | Desarrollo de 1 <i>dashboard</i> acerca de las tasas ajustadas de suicidios en Puerto Rico. | 1 | 0 | 0.0% | En demora: La Comisión tenía previsto desarrollar un <i>dashboard</i> que mostrara las tasas ajustadas de suicidios en Puerto Rico, con el propósito de hacer visibles y promover el acceso a datos actualizados sobre suicidios en el |

⁷⁷ Substance Abuse and Mental Health Services Administration

⁷⁸ Centros para el Control y Prevención de Enfermedades

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | 5.de visibilizar y promover accesibilidad a los datos actualizados de suicidios en el archipiélago. | | | | | <p>archipiélago. Sin embargo, este objetivo, aunque tiene un tiempo límite hasta junio del 2024, son pocos los esfuerzos que se pudieron realizar durante el año 2023, dado que la CPS⁷⁹ no contaba con el presupuesto necesario para desarrollar esta herramienta. No se logró en el término establecido por falta de contratación del equipo, pero se logró en agosto 2024. La población beneficiada es el Departamento de Salud.</p> <p>Aunque el plazo para completar este objetivo se extiende hasta junio de 2024, el año 2023 registró escasos avances debido a la falta de presupuesto por parte de la CPS para el desarrollo de esta herramienta. El desarrollo este recurso implica el reclutamiento de un programador web y un demógrafo, quienes se encargarán de ajustar las tasas de mortalidad</p> |

⁷⁹ Comisión para la Prevención del Suicidio

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | por suicidio a lo largo de los años, para luego proceder con la elaboración del <i>dashboard</i> . La subvención de los CDC, aprobada en septiembre de 2023, ha sido determinante para alcanzar este objetivo, ya que proporciona los recursos necesarios y cuenta con un componente de Vigilancia Sincrónica. Este <i>dashboard</i> permitirá la detección en tiempo real de tendencias relacionadas con el comportamiento suicida, facilitando así una respuesta rápida y eficaz, así como la evaluación de programas y políticas asociadas. El objetivo se completó para agosto 2024 en donde se integró en la página del Departamento de Salud con todas las vigilancias. |
| Meta 6. Colaborar con la comunidad científica, académica, las organizaciones no gubernamentales y los gremios | Completada: Este año 2023, la Comisión logró diseminar el mensaje de prevención del suicidio en instituciones universitarias mediante la provisión de capacitaciones educativas para la identificación, manejo y | Objetivo 6.1 Para diciembre 2023, orientar al menos una universidad en Puerto Rico sobre temas de investigación en | Cantidad de actividades educativas con instituciones universitarias. | 1 | 2 | 200.0% | Completado: La Comisión logró impactar a dos (2) instituciones universitarias mediante la capacitación en el tema de prevención del suicidio, con la finalidad de aumentar el conocimiento y promover el interés en estudios e |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|---|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| profesionales para impulsar, desarrollar y coordinar el estudio científico, la investigación, la formación y educación continua de profesionales en el área de prevención de suicidio. | derivación de personas con comportamientos suicidas, a través del taller de 'Respuesta Rápida ante Situaciones de Comportamiento Suicida'. La mayoría de los participantes fueron facultativos y personal administrativo, aunque 20 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, también participaron en la charla 'Cuidarnos para vivir: El suicidio se puede prevenir'. Además, personal de la Comisión fue convocado a participar en dos comités de disertaciones, mientras que un estudiante de la Escuela Secundaria de la Universidad de Puerto Rico solicitó datos para un trabajo especial de una clase. Estas iniciativas y colaboraciones ayudan a que los futuros profesionales adquieran habilidades cruciales para identificar y abordar situaciones de riesgo, amplíen la red de apoyo | materia de prevención de suicidio durante los semestres académicos de enero a mayo 2023 y agosto a diciembre de 2023, para impulsar, desarrollar, asesorar y coordinar la educación sobre la prevención del suicidio, así como el estudio y la investigación científica como parte fundamental en la formación de profesionales en el área de prevención de suicidio. | | | | | investigaciones tanto en profesionales en formación y facultativos. Además, la Comisión proveyó datos sobre suicidio en Puerto Rico para un trabajo especial de un estudiante de bachillerato. Cabe señalar, que un recurso de la Comisión se integró a los comités de disertación de dos estudiantes de salud pública y consejería profesional, respectivamente. La población beneficiada fueron estudiantes universitarios impactados. Durante este año, la Comisión tuvo la oportunidad de colaborar con la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, y con NUC University en Mayagüez para impulsar el mensaje de prevención del suicidio. La charla 'Cuidarnos para vivir: El suicidio se puede prevenir' se llevó a cabo en abril y estuvo dirigida a 20 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Por otro lado, la charla 'Motívate para la vida y el trabajo' se ofreció a 16 |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | disponible para las personas en riesgo y fomenten la investigación para comprender mejor las causas, factores de riesgo y estrategias efectivas de prevención, adaptadas a Puerto Rico. Además, que crear un frente unido para sustentar evidencia científica que ayude a desarrollar política pública efectiva. | | | | | | personas, incluyendo personal docente y administrativo de NUC University en Mayagüez. Para el próximo año, se espera aumentar la participación de estudiantes universitarios en las capacitaciones brindadas por la Comisión, dirigidas a concientizar y sensibilizar a esta población, con el objetivo de incrementar el interés en investigación sobre esta problemática social. El objetivo se cumplió tal cual se encuentra redactado en el Plan de Trabajo 2023. |
| | | Objetivo 6.2 Para diciembre 2023, coordinar al menos una charla sobre prevención de suicidio y temas relacionados (i.e., estrategias de autocuidado, manejo de crisis en llamadas telefónicas) con al menos una institución | Cantidad de charlas sobre prevención de suicidio con institución universitarias. | 1 | 4 | 400.0% | Completado: Se proveyó cuatro (4) talleres de Respuesta Rápida ante Situaciones de Comportamiento Suicida y se impactaron 90 participantes. La población beneficiada fueron estudiantes universitarios, profesionales de la salud, facultad y personal administrativo. Se ofrecieron cuatro talleres sobre 'Respuesta Rápida ante Situaciones de Comportamiento Suicida' en varios centros de NUC |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | universitaria con programas graduados en salud mental, salud pública o ciencias médicas para promover la capacitación y sensibilización de los profesionales de la salud en formación, así como el personal universitario sobre la prevención del suicidio en Puerto Rico. | | | | | University ubicados en Ponce, Carolina y Yauco. Estos talleres estuvieron dirigidos a la facultad y al personal administrativo, impactando a un total de 90 personas. Continuar uniendo esfuerzos en favor de la prevención del suicidio, la Comisión de Prevención del Suicidio (CPS) se enfocará el próximo año en aumentar la participación de estudiantes universitarios en los talleres de prevención de suicidio con el fin de impulsar, desarrollar y coordinar el estudio científico, la investigación, la formación y educación continua de profesionales en el área de prevención de suicidio. El objetivo se cumplió tal cual se encuentra redactado en el Plan de Trabajo 2023. |

Para el año 2023, la Comisión para la Implantación de la Política Pública para Prevención del Suicidio tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (6): 3 completadas (50.0%), y 3 en demora (50.0%).
- Objetivos (18): 13 completados (72.2%), y 5 en demora (27.8%).

IX. División de Coordinación Regional

La División de Coordinación Regional (DCR) es el enlace entre el nivel central y las siete (7) regiones de salud establecidas por el DS que procura propiciar la colaboración e integración de esfuerzos entre los programas categóricos y las regiones de salud. De esta forma, se promueve una comunicación efectiva y asertiva, como también el abordaje integral y responsivo a las necesidades y funciones de salud pública. Además, se impulsa la coordinación y mejora en la prestación de servicios preventivos, educativos y directos que son ofrecidos en los diversos municipios que componen cada región de salud. Por otra parte, esta unidad servirá como ente que facilite allegar recursos e identificar y atender las necesidades que surjan dentro de las oficinas regionales, como también las de los residentes de su delimitación geográfica, con el nivel central. Está compuesta de las siete (7) regiones de salud, a saber: Aguadilla, Arecibo, Bayamón, Caguas, Mayagüez, Metro-Fajardo y Ponce.

A. Oficina Regional de Aguadilla

1. **Descripción:** La Región de Aguadilla coordina los servicios del DSPR y atiende las necesidades de salud de los ciudadanos que residen en los siguientes cinco (5) municipios: Aguada, Aguadilla, Isabela, Moca y San Sebastián. En conjunto, comprenden una población aproximada de 210,195 habitantes.
2. **Persona Contacto:** Dra. Ana L. Arocho Sánchez, Directora Regional; ana.arochos@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 5887, 5893
3. **Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Implementar el cumplimiento de la política pública del Departamento de Salud en la Región de Aguadilla. | En proceso: El servicio al ciudadano se ofrece de manera efectiva y con responsabilidad. Se debe incorporar las oficinas de Recursos Humanos en la Región de Aguadilla para cumplir con el 100% de esta meta. | Objetivo 1.1 Mejorar el cumplimiento sobre los deberes y responsabilidades en el 100% de los empleados. | Porcentaje (%) de cumplimiento mejorado. | 100 | 80 | 80.0% | En proceso: El servicio al ciudadano se ofrece de manera efectiva y con responsabilidad. Se debe incorporar las oficinas de Recursos Humanos en la Región de Aguadilla para cumplir con el 100 % de esta meta. |
| Meta 2. Mejoras a la planta física del edificio del Departamento de Salud, Región de Aguadilla. | Completada: El edificio regional cuenta con mejoras permanentes. Se benefician el personal del DSPR como el personal que recibe servicio en la región, ya que contamos con espacios limpios y se | Objetivo 2.1 Inspeccionar un 100% de las instalaciones e identificar mejoras que no hayan sido contempladas en la subasta. | Porcentaje (%) de inspección de las instalaciones. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Al realizar las inspecciones se aseguró el cumplimiento de las mejoras. Se benefician el personal del DSPR como el personal que recibe servicio en la región. Cambios que se presentaron en la unidad, personal, procesos, a causa de este objetivo: Mejoras en la infraestructura. |
| | | | Cantidad de mejoras identificadas. | 100 | 100 | 100.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|--|---------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | mejora la calidad del servicio. Se continuará la inspección e identificación de oportunidades a mejorar. | Objetivo 2.2 Completar en un 100% las mejoras solicitadas en la subasta 21-1271-R1. | Porcentaje (%) de cumplimiento. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: El edificio regional cuenta con mejoras permanentes. Se benefician el personal del DSPR como el personal que recibe servicio en la región, ya que contamos con espacios limpios y se mejora la calidad del servicio. Cambios que se presentaron en la unidad, personal, procesos, a causa de este objetivo: Mejor ambiente de trabajo, espacios limpios. |
| Meta 3. Mejoras permanentes en las facilidades físicas de la región. | Completada: El edificio regional cuenta con mejoras permanentes. Se benefician el personal del DSPR como el personal que recibe servicio en la región, ya que contamos con espacios limpios y se mejora la calidad del servicio. | Objetivo 3.1 Realizar mejoras necesarias a la infraestructura de edificios del Departamento de Salud en nuestra región. | Cantidad de mejoras realizadas. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se realizaron mejoras en la subasta 21-1271-R1, adicional se aprobó subasta para pintar el exterior del edificio regional. Se mejoró la presentación del edificio regional, lo que a su vez mejora el ambiente laboral. |
| | | Objetivo 3.2 Localización de un <i>Point of Distribution</i> (POD), donde se puedan distribuir suministros de socorro vitales después de un desastre o emergencia. | Identificación de localización. | 100 | 20 | 20.0% | En demora: No se pudo presentar propuesta para el proyecto, al momento contamos con el espacio disponible para la creación del POD. Se presentará propuesta a Nivel Central para poder reincorporar meta y poder lograr el objetivo. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|---|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 4. Reorganización de expedientes del personal, retiro y licencias sin sueldo. | Cancelada: Recursos Humanos (RH) a Nivel Central removió la oficina de RH para la Región de Mayagüez, debido a esta decisión no se pudo completar la meta. No fue alcanzado por la movilización de las oficinas a la Región de Mayagüez. Fue solicitado la implementación de las oficinas de Recursos Humanos para la Región de Aguadilla. | Objetivo 4.1 Revisar el 100% de los expedientes al 30 de junio de 2023. | Porcentaje (%) de revisión de expedientes. | 100 | 0 | 0.0% | Cancelado: Recursos Humanos (RH) a Nivel Central removió la oficina de RH para la Región de Mayagüez, debido a esta decisión no se pudo completar la meta. El objetivo no fue alcanzado por la movilización de las oficinas a la Región de Mayagüez. Fue solicitado la implementación de las oficinas de Recursos Humanos para la Región de Aguadilla. |
| | | Objetivo 4.2 Reorganizar los archivos en el 100% al 30 de junio de 2023. | Porcentaje (%) de archivos reorganizados. | 100 | 0 | 0.0% | Cancelado: Recursos Humanos (RH) a Nivel Central removió la oficina de RH para la Región de Mayagüez, debido a esta decisión no se pudo completar la meta. El objetivo no fue alcanzado por la movilización de las oficinas a la Región de Mayagüez. Fue solicitado la implementación de las oficinas de Recursos Humanos para la Región de Aguadilla. |
| | | Objetivo 4.3 Actualización de cifras de cuenta de personal en el 100% de los expedientes. | Porcentaje (%) de actualización de cuenta. | 100 | 0 | 0.0% | Cancelado: Recursos Humanos (RH) a Nivel Central removió la oficina de RH para la Región de Mayagüez, debido a esta decisión no se pudo completar la meta. El objetivo no fue alcanzado por la movilización de las oficinas a la Región de Mayagüez. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | Fue solicitado la implementación de las oficinas de Recursos Humanos para la Región de Aguadilla. |
| Meta 5. Establecer un sistema automatizado para la expedición de Tarjeta de Fila Expreso Ley 297 y Ley 107. | Completada: En la región se ofrece el servicio directo al ciudadano en el mismo momento que se entrega la solicitud. Se beneficia el ciudadano que solicita el servicio, al ser atendido al momento. Se espera que más adelante se pueda implementar un sistema automatizado. | Objetivo 5.1 Mejorar la calidad del servicio para los participantes de las Leyes 297 y 107. | Porcentaje (%) de mejora de calidad del servicio | 100 | 100 | 100.0% | Completado: En la región se ofrece el servicio directo al ciudadano en el mismo momento que se entrega la solicitud. Se beneficia el ciudadano que solicita el servicio, al ser atendido al momento. Objetivo completado. Se espera que más adelante se pueda implementar un sistema automatizado. |

Para el año 2023, la Oficina Regional de Aguadilla tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (5): 3 completadas (60.0%), 1 en proceso (20.0%), y 1 cancelada (20.0%).
- Objetivos (9): 4 completados (44.5%), 1 en proceso (11.1%), 1 en demora (11.1%) y 3 cancelados (33.3%).

B. Oficina Regional de Bayamón

1. **Descripción:** La Región de Bayamón coordina los servicios del DSPR y atiende las necesidades de salud de los ciudadanos que residen en los siguientes once (11) municipios: Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerío, Corozal, Dorado, Naranjito, Orocovis, Toa Alta, Toa Baja y Vega Alta. En conjunto, comprenden una población aproximada de 543,583 habitantes.
2. **Persona Contacto:** Sr. Wichy Cruz Guzmán, Director Regional; wichy.cruz@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 8520
3. **Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| <p>Meta 1. Continuar con la disminución y/o erradicación del virus de COVID-19 en la Región de Bayamón, promoviendo información y orientación correcta y directa sobre la prevención, cuidado médico, vigilancia, muestreo, rastreo, tratamiento y seguimiento a la población.</p> | <p>En proceso: Durante la implementación de la meta de disminuir y/o erradicar el COVID-19 en la Región de Bayamón, se observó un impacto positivo en la población gracias a campañas de información y orientación sobre prevención, cuidado médico, vigilancia, y seguimiento. Se llevaron a cabo actividades de muestreo y rastreo efectivo, junto con el tratamiento adecuado de casos, lo que contribuyó a una</p> | <p>Objetivo 1.1 Continuar con los esfuerzos interagenciales en la identificación de las necesidades de cada municipio mediante comunicación directa con centros de rastreo municipales, hospitales, epidemiólogos y alcaldes.</p> | <p>Cantidad de instituciones atendidas por municipio.</p> | <p>100</p> | <p>80</p> | <p>80.0%</p> | <p>Completado: Como resultado de este objetivo, se mejoró la comunicación interagencial y se lograron identificar las necesidades específicas de cada municipio, permitiendo una mejor asignación de recursos y apoyo a hospitales, centros de rastreo, epidemiólogos y autoridades locales. Esto benefició tanto a la población general como al personal de salud en sus labores de rastreo y contención de enfermedades. La implementación de este objetivo mejoró la comunicación interagencial y optimizó los procesos para identificar las necesidades de cada municipio, requiriendo ajustes en la asignación de personal y el uso de herramientas digitales para mantener una comunicación fluida con centros de rastreo, hospitales y</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | reducción significativa de contagios. La intervención proactiva y la información precisa han sido claves para controlar el virus. Se recomienda continuar fortaleciendo la comunicación directa con la población para mantener altos niveles de prevención y respuesta rápida ante posibles aumentos de casos. Además, seguir monitoreando los puntos críticos y mantener la cooperación interagencial para maximizar los recursos y la efectividad de las medidas. La meta se ha cumplido | | | | | | alcaldes. Además, se añadieron procedimientos de seguimiento, como reuniones periódicas, para asegurar el cumplimiento continuo del objetivo. Finalmente, el objetivo se completó conforme al Plan de Trabajo 2023, logrando el impacto esperado en la identificación y atención de necesidades municipales. |
| | | Objetivo 1.2 Realizar visitas presenciales, comunicaciones telefónicas/virtuales; compartir la información de vacunaciones masivas, pruebas de COVID-19, rastreo y vigilancia; toda información relacionada para que llegue a la ciudadanía de la Región de Bayamón. | Cantidad de personas atendidas en la Región. | 50,000 | 42,888 | 85.8% | Completado: Este objetivo permitió realizar visitas presenciales y mantener comunicación continua (telefónica y virtual) en la Región de Bayamón, logrando una difusión efectiva de información sobre vacunaciones, pruebas de COVID-19, rastreo y vigilancia, lo cual incrementó la participación ciudadana en actividades de salud pública. La población beneficiada incluyó especialmente a grupos vulnerables, como adultos mayores, personas con enfermedades crónicas y comunidades con acceso limitado a servicios médicos. La implementación de este objetivo trajo mejoras en los procesos de comunicación y coordinación en la |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|-------------------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | parcialmente, dado que, aunque se han reducido los casos, es necesario mantener esfuerzos continuos en prevención y vigilancia para evitar rebrotes y garantizar la salud pública en la región. | | | | | | unidad, lo que llevó a la integración de herramientas digitales para facilitar las visitas y la difusión de información. Se establecieron reuniones de evaluación periódicas y mecanismos de retroalimentación de la ciudadanía. En general, el objetivo se completó conforme al Plan de Trabajo 2023, logrando las metas de comunicación directa y efectiva sobre vacunaciones, pruebas y rastreo. |
| Meta 2. Fortalecer los mecanismos para promover y proveer apoyo constante y facilitar la comunicación y flujo de los esfuerzos con los programas y nivel central del Departamento de Salud. | Completada: En el proceso de fortalecer los mecanismos de apoyo y comunicación con los Programas Categóricos y Nivel Central del Departamento de Salud, se identificaron mejoras en la coordinación y flujo de información, lo cual facilitó una respuesta más ágil y alineada entre la Región de Bayamón y Nivel Central. Estos | Objetivo 2.1 Redefinir las funciones y enfoque de la Oficina de Director Regional y la relación con nivel central. | Número de procedimientos evaluados. | 15 | 12 | 80.0% | Completado: La redefinición de las funciones y el enfoque de la Oficina de Director Regional resultó en una clarificación de roles y responsabilidades, mejorando la comunicación y colaboración con Nivel Central. Esto facilitó un enfoque más alineado en las prioridades y objetivos de salud pública, permitiendo una respuesta más eficaz a las necesidades de la comunidad y optimizando el uso de recursos. La población beneficiada incluye a los residentes de la Región, quienes disfrutaron de una gestión de salud pública más efectiva, así como al personal de la oficina y de Nivel Central, que trabajó de manera más cohesiva y eficiente. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | <p>esfuerzos permitieron resolver con mayor rapidez los desafíos y necesidades de la región, promoviendo una colaboración más efectiva. Esta mejora en los mecanismos de comunicación ha facilitado una gestión más fluida y coordinada. Se recomienda continuar con la implementación de canales de comunicación efectivos. Además, promover reuniones periódicas entre la Región y Nivel Central para garantizar la alineación de objetivos y la rápida respuesta a cualquier eventualidad. La meta ha sido cumplida de manera satisfactoria,</p> | | | | | | <p>La redefinición de funciones en la Oficina de Director Regional generó cambios en la estructura de roles y procesos, clarificando responsabilidades y mejorando la colaboración con Nivel Central, lo cual permitió una respuesta más eficiente a las prioridades de salud pública. Además, se implementaron procedimientos de monitoreo, como reuniones periódicas y evaluaciones para ajustar funciones según las necesidades. El objetivo se completó según el Plan de Trabajo 2023, logrando una estructura organizativa más alineada y eficaz.</p> |
| | | <p>Objetivo 2.2 Reevaluar los procedimientos dirigidos a la atención de necesidades en respuesta de emergencias, desastres; y la interrelación de los sistemas de vigilancia y la comunicación.</p> | <p>Número de procedimientos evaluados.</p> | <p>10</p> | <p>8</p> | <p>80.0%</p> | <p>Completado: La reevaluación de los procedimientos de atención para emergencias y desastres permitió optimizar la interrelación entre sistemas de vigilancia y mejorar la comunicación interna, logrando una respuesta más rápida y coordinada ante situaciones de crisis. Estos cambios beneficiaron especialmente a la población general de la Región, que ahora cuenta con una infraestructura de respuesta más eficiente y ágil, y al personal de</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | generando un sistema de comunicación más robusto y eficiente, que ha mejorado la operatividad del Departamento de Salud en la Región de Bayamón y su relación con Nivel Central. | | | | | | <p>emergencia y salud pública, quienes disponen de procesos más claros y efectivos para actuar ante necesidades urgentes. Para esto, se estableció el Hospital Dr. Ramón Ruiz Arnau como el punto de encuentro de empleados y familiares para abastecerlos de recursos en el momento de una emergencia. También desde este hospital se distribuirá personal para atender a las comunidades. Todo en colaboración con Manejo de Emergencias y Bioseguridad.</p> <p>La reevaluación de los procedimientos de respuesta a emergencias resultó en la actualización de protocolos y una mayor integración de los sistemas de vigilancia y comunicación, mejorando la coordinación y efectividad en situaciones de crisis. Estos cambios incluyeron la capacitación adicional del personal, la implementación de un <i>Closed POD</i> en el Hospital Regional para empleados y familiares y ajustes en los roles para optimizar la respuesta. Se establecieron procedimientos de monitoreo, como simulacros y revisiones periódicas,</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | | | | | para asegurar la eficacia continua de los protocolos. El objetivo se completó conforme al Plan de Trabajo 2023, logrando una respuesta de emergencia más rápida y organizada. |
| | | Objetivo 2.3 Fortalecer, aumentar, readiestrar el recurso humano para llevar los esfuerzos a una mejor calidad de ejecución de funciones y por ende de servicios ofrecidos a la población de la Región de Bayamón de Salud. | Número de actividades realizadas. | 50 | 44 | 88.0% | Completado: El fortalecimiento y readiestramiento del recurso humano resultó en una mejora en la calidad de la ejecución de funciones y en los servicios ofrecidos, lo cual elevó los estándares de atención en la Región de Bayamón. La capacitación adicional permitió una respuesta más eficiente y profesional en el área de salud pública. Estos cambios beneficiaron directamente a la población de la región, que recibió servicios de mayor calidad y con tiempos de respuesta optimizados. El fortalecimiento del recurso humano en la Región de Bayamón resultó en ajustes de roles, readiestramiento y posiblemente un aumento de personal, lo que mejoró la calidad de los servicios ofrecidos y optimizó los procesos internos. Se implementaron evaluaciones de desempeño y encuestas de |
| | | | Porcentaje (%) de participación en actividades. | 100 | 85 | 85.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | satisfacción para asegurar que el personal mantenga altos estándares en sus funciones. Este objetivo se completó conforme al Plan de Trabajo 2023, alcanzando los cambios planificados para brindar servicios más eficientes y de mayor calidad a la población de la Región. |
| Meta 3. Lograr cambios significativos en los sistemas y estructuras dirigidas a la prevención y ampliación de servicios de salud especializados para nuestras poblaciones vulnerables de la Región de Bayamón, propiciando un sistema con mayor acceso, mayores servicios, mejor calidad. | Completada: Se lograron avances significativos en la ampliación y mejora de los servicios de salud especializados dirigidos a poblaciones vulnerables en la Región de Bayamón. Se llevaron a cabo mejoras estructurales en las instalaciones y se incrementó el acceso a servicios de salud esenciales, con un enfoque en la prevención y la atención de calidad. Estos cambios permitieron un acceso más | Objetivo 3.1 Fomentar la importancia de que se amplíen los servicios de salud física y mental dirigidos a la población de la Región de Bayamón, promoviendo los diferentes programas que ofrece el Departamento de Salud. | Número de actividades realizadas. | 50 | 41 | 82.0% | Completado: La promoción de la ampliación de servicios de salud física y mental en la Región de Bayamón resultó en una mayor visibilidad de los Programas Categóricos ofrecidos por el Departamento de Salud, aumentando la participación y el acceso de la ciudadanía a estos servicios. Este esfuerzo benefició principalmente a la población general de la Región, especialmente a personas que requieren apoyo en salud mental, atención médica y otros servicios, quienes ahora cuentan con mayores recursos y opciones de atención accesibles y pertinentes a sus necesidades. La ampliación de los servicios condujo a cambios en la Región, como la consolidación de la mayoría de los Programas Categóricos en un |
| | | | Porcentaje (%) de participación en actividades. | 100 | 90 | 90.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|--|------------------|-------------------|---|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | <p>equitativo para poblaciones de difícil acceso y con mayores necesidades.</p> <p>Las mejoras en infraestructura y los esfuerzos para ampliar servicios especializados mejoraron el acceso y la calidad de los servicios para poblaciones vulnerables. Se recomienda continuar evaluando las necesidades específicas de estas comunidades y adaptar los servicios en consecuencia. Además, mantener programas de formación para el personal en temas de equidad y atención a las necesidades particulares de estas poblaciones.</p> | | | | | <p>solo lugar. Se establecieron procedimientos de seguimiento para evaluar la efectividad de los servicios que se ofrecen mediante encuestas de satisfacción de los ciudadanos. El objetivo se completó según lo previsto en el Plan de Trabajo 2023, logrando un aumento significativo en la visibilidad y el acceso a los servicios de salud en la Región de Bayamón.</p> | |
| | | <p>Objetivo 3.2</p> <p>Impulsar la participación y colaboración interagencial de los componentes del Departamento de Salud, Agencias Gubernamentales, Organizaciones, Municipios de la Región de Bayamón con el propósito de compartir la información de las necesidades de salud, condiciones de mayor prevalencia en la Región de Bayamón.</p> | <p>Número de acuerdos de colaboración (MOUs) establecidos.</p> | --- | --- | --- | <p>Completado:</p> <p>El impulso de la participación y colaboración interagencial en la Región de Bayamón resultó en una mayor coordinación entre el Departamento de Salud, Agencias Gubernamentales, organizaciones y Municipios, facilitando el intercambio de información sobre las necesidades de salud y las condiciones de mayor prevalencia en la Región. Esto llevó a un enfoque más integrado en la identificación y abordaje de problemas de salud pública, mejorando la efectividad de las intervenciones. La población beneficiada incluyó a los residentes de la Región, quienes se beneficiaron de una respuesta más coordinada y eficiente a sus necesidades de salud,</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | La meta ha sido cumplida en gran parte, permitiendo un sistema de salud más inclusivo y accesible en la Región de Bayamón. Sin embargo, el monitoreo y la adaptación continua de los servicios serán claves para mantener y mejorar estos logros en el futuro. | | | | | | así como de programas de prevención y atención más alineados con sus realidades. La colaboración interagencial dio lugar al fortalecimiento de los canales de comunicación y grupos de trabajo, mejorando los procesos de toma de decisiones sobre las necesidades de salud de la Región. Se implementaron procedimientos de seguimiento, como reuniones periódicas y mecanismos de retroalimentación, para evaluar la efectividad de las acciones conjuntas. El objetivo se completó según el Plan de Trabajo 2023, aumentando la participación interagencial y mejorando la respuesta a las necesidades de salud en la Región de Bayamón. |
| Meta 4. Comenzar y completar las mejoras permanentes necesarias a la infraestructura de los edificios del Departamento de Salud Región de Bayamón. | Completada: En el proceso de realizar mejoras permanentes a la infraestructura de los edificios del Departamento de Salud en la Región de Bayamón, se ejecutaron múltiples | Objetivo 4.1 Reparar, mejorar y/o reconstruir la infraestructura de los edificios del Departamento de Salud Región de Bayamón creando lugares seguros para empleados, | Número de mejoras iniciadas y completadas. | 25 | 23 | 92.0% | Completado: La reparación, mejora y reconstrucción de la infraestructura de los edificios del Departamento de Salud en la Región de Bayamón resultó en espacios más seguros y funcionales tanto para empleados como para pacientes y clientes. Estas mejoras incluyeron la modernización de instalaciones, la adecuación de |
| | | | Porcentaje (%) de progreso por proyecto/mejora. | 100 | 75 | 75.0% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | renovaciones y modernizaciones necesarias en varios edificios, incluyendo la reparación de áreas deterioradas y la implementación de medidas de seguridad para empleados y pacientes. Estas mejoras han contribuido a crear un ambiente de trabajo más seguro y adecuado para el personal, así como una experiencia más cómoda para los visitantes. Estas mejoras de infraestructura han sido fundamentales para optimizar el funcionamiento y | pacientes/clientes del Departamento de Salud Región de Bayamón. | | | | | espacios para el cumplimiento de normativas de salud y seguridad, y la creación de ambientes más accesibles y cómodos. La población beneficiada incluye a los empleados del Departamento de Salud, quienes trabajan en condiciones óptimas, así como a los pacientes y clientes, que ahora disfrutan de un entorno más seguro y adecuado para recibir atención y servicios de salud. Entre estas facilidades se encuentra el Hospital Dr. Ramón Ruiz Arnau, el CDT ⁸⁰ de Dorado y el CDT de Vega Alta. Estos últimos están bajo nueva administración como parte de los cambios y están a cargo de las mejoras que se estarán realizando. Las mejoras en la infraestructura del Departamento de Salud en la Región de Bayamón resultaron en un entorno de trabajo más seguro y eficiente, aumentando la moral y productividad del personal. Se realizaron ajustes en los procesos |

⁸⁰ Centro de Diagnóstico y Tratamiento

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|---|--------------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | seguridad en los espacios del Departamento de Salud. Se recomienda establecer un plan de mantenimiento continuo para evitar futuros deterioros, así como asegurar que todos los espacios cumplan con las normativas de accesibilidad y seguridad. Esta meta ha sido cumplida en gran medida, y los edificios están mejor preparados para servir a las necesidades del personal y del público en general. Las renovaciones fortalecen la capacidad de la Región para responder de manera eficiente y segura a | | | | | | operativos, como el cambio de administración de los CDT's, para optimizar el uso de las nuevas instalaciones y mejorar la atención al cliente. Se implementaron procedimientos de monitoreo y mantenimiento preventivo para asegurar la sostenibilidad de las mejoras, así como encuestas de satisfacción para recoger retroalimentación. El objetivo se completó conforme al Plan de Trabajo 2023, creando espacios que benefician tanto a empleados como a pacientes. |
| | | Objetivo 4.2 Lograr la mejor utilización de los edificios del Departamento de Salud lo que redundará en economías por pago de rentas u otros. | Cantidad de ahorros generados. | --- | --- | --- | Completado: La mejor utilización de los edificios del Departamento de Salud resultó en una optimización de recursos, lo que generó economías significativas en pagos de rentas y otros costos operativos. Este enfoque permitió reubicar diferentes servicios y programas dentro de las instalaciones existentes, maximizando el uso del espacio y reduciendo la necesidad de alquilar locales adicionales. La población beneficiada incluye tanto a los empleados del Departamento de |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | las demandas de salud pública. | | | | | | Salud, que ahora cuentan con un entorno de trabajo más integrado, como a los pacientes y clientes, quienes se benefician de una atención más accesible y coordinada al agrupar servicios en un solo lugar. La optimización de los edificios del Departamento de Salud mejoró la asignación de espacios y el flujo de trabajo entre los servicios, lo que llevó a una redistribución del personal y a una mayor eficiencia operativa. Se implementaron procedimientos de seguimiento para evaluar el uso de los espacios y asegurar las economías logradas. El objetivo se completó según el Plan de Trabajo 2023, resultando en ahorros significativos y una atención más accesible para la población. |
| | | Objetivo 4.3 Conseguir los recursos necesarios y suficientes para mantener y ofrecer lugares de trabajo seguros. | Número de recursos contratados. | --- | --- | --- | Completado: La obtención de recursos necesarios para mantener y ofrecer lugares de trabajo seguros resultó en la implementación de medidas de seguridad, como mejoras en la infraestructura, equipos de protección y protocolos de salud. Estos esfuerzos crearon un ambiente laboral más seguro para los |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | | | | | | empleados del Departamento de Salud, lo que a su vez se tradujo en una mayor eficacia y productividad en los servicios que se ofrecen. La población beneficiada incluye a los empleados, quienes trabajan en condiciones óptimas, y a los pacientes, que se sienten más seguros al recibir atención en un entorno mejorado y protegido. La obtención de recursos para lugares de trabajo seguros generó cambios en la infraestructura y protocolos de seguridad, mejorando el entorno para los empleados y pacientes. Se implementaron procedimientos adicionales de monitoreo y mantenimiento para asegurar que se mantengan las condiciones de seguridad. El objetivo se completó según el Plan de Trabajo 2023, logrando un espacio de trabajo optimizado que promueve la seguridad y bienestar de todos los participantes y empleados. |

Para el año 2023, la Oficina Regional de Bayamón tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (4): 3 completadas (75.0%), y 1 en proceso (25.0%).
- Objetivos (10): 10 completados (100.0%).

C. Oficina Regional de Caguas-Humacao

1. **Descripción:** La Región de Caguas coordina los servicios del DSPR y atiende las necesidades de salud de los ciudadanos que residen en los siguientes 13 municipios: Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo y Yabucoa. En conjunto, comprenden una población aproximada de 512,809 habitantes.
2. **Persona Contacto:** Sra. Mildred Colón Rodríguez, Directora Regional Interina; mildred.colon@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 5881
3. **Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 1. Lograr implementar servicios de salud que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población adulta en áreas remotas de Puerto Rico por región de salud. | En proceso: No se cuenta con información certera debido a cambio en liderato. Algunos de los objetivos de esta meta continuarán siendo parte de los planes de trabajo futuros del liderato actual. | Objetivo 1.1 Para el 31 de diciembre de 2023, establecer clínicas periódicas de vacunación a pacientes encamados y con condiciones crónicas de salud en los diferentes municipios que componen la región de salud. | Cantidad de personas identificadas. | 340 | 260 | 76.5% | Completado: La inmunización es una activa para proteger, prevenir y fortalecer. Se continúa con el proceso año tras año. Se coordina con los alcaldes para que brinden las listas de personas encamadas y se coordina con los proveedores de salud para las clínicas de vacunación. |
| | | Objetivo 1.2 Para el 31 de diciembre de 2023, aumentar en un 10% la población adulta atendida en al menos seis áreas identificadas como de | Porcentaje (%) de aumento de la población adulta atendida por área. | --- | --- | --- | En proceso: No se cuenta con información certera debido a cambio en liderato. |
| | | seis áreas identificadas como de | Cantidad de áreas identificadas | --- | --- | --- | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | difícil acceso de Puerto Rico. | como difícil acceso. | | | | |
| | | Objetivo 1.3 Para el 31 de diciembre de 2023, establecer un sistema automatizado para la expedición de tarjetas para la Ley 54 y 107 para los ciudadanos participantes. | Por ciento (%) de implementación del sistema. | --- | --- | --- | Cancelado: Continuamos trabajando con la expedición de tarjetas para la Ley 54 y 107. No depende del director regional para que ocurra la expedición de tarjetas ya que es un proceso establecido por ley. Se expiden de 80 a 100 tarjetas mensuales. |
| | | | Cantidad de tarjetas expedidas. | --- | --- | --- | |
| | | Objetivo 1.4 Para el 31 de diciembre de 2023, establecer oficinas satélites para servicios básicos a los ciudadanos como registro demográfico y Medicaid. | Número de oficinas satélites establecidas. | --- | --- | --- | Cancelado: No se cuenta con información certera debido a cambio en liderato. |

Para el año 2023, la Oficina Regional de Caguas-Humacao tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (1): 1 **en proceso** (100.0%).
- Objetivos (4): 1 **completado** (25.0%), 1 **en proceso** (25.0%), y 2 **cancelados** (50.0%).

D. Oficina Regional de Mayagüez

1. **Descripción:** La Región Oeste de Salud Mayagüez coordina los servicios del DSPR y atiende las necesidades de salud de los ciudadanos que residen en los siguientes diez (10) municipios: Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Rincón, Sabana Grande y San Germán. En conjunto, comprenden una población aproximada de 261,312 habitantes.
2. **Persona Contacto:** Sra. Teresa Soto González, Directora Regional; tsoto@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 6302
3. **Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| <p>Meta 1. Ampliación de servicios de salud física, mental y preventiva para nuestras poblaciones vulnerables de la Región de Mayagüez, propiciando un sistema con mayor acceso, mayores servicios y de mayor calidad.</p> | <p>Completada: Se identificaron necesidades y se hicieron referidos de cada población atendida, se amplió los servicios de salud realizando ferias/clínicas de salud y participando en actividades de agencias gubernamentales y/o entidades.</p> | <p>Objetivo 1.1 Para el 31 de diciembre de 2023, la Región de Mayagüez coordinará la participación de 5 Ferias de Salud dirigidas a atender a comunidades vulneradas tales como residenciales públicos, escuelas, centros de envejecientes, y otros en temas de salud pública.</p> | <p>Número de ferias de salud ofrecidas por mes.</p> | 5 | 43 | 860.0% | <p>Completado: Se realizaron ferias de salud en los diferentes municipios donde se impactó a la población de adultos mayores, mujeres, embarazadas y niños. Se identificaron necesidades y se hicieron referidos de cada población atendida como niños con necesidades especiales a nutricionistas y clínicas de pediátrías; se identificaron pacientes y se refirieron a Clínica de Inmunología; población adulta mayor se identificó factores de riesgo de salud como presión arterial alta y se refirieron a los servicios de salud pertinente. Para atender las necesidades de la población geriátrica en Égidas se coordinó la visita del personal de Servicios a Personas con Necesidades para tramitarle las ID de Personas con Impedimento o por</p> |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | edad bajo Ley 107 de 1998, Ley 51 de 2001, Ley 297 de 2018 y Ley 108 de 1985. El objetivo se completó tal y como se había propuesto. |
| | | <p>Objetivo 1.2 Para el 31 de diciembre de 2023, la Región de Mayagüez coordinará las colaboraciones interagenciales para atender las necesidades de salud incluyendo mayor prevalencia.</p> | Número de acuerdos, MOU's y/o colaboraciones interagencial. | 16 | 20 | 125.0% | <p>Completado: Se participó en actividades de agencias como Departamento de la Familia, Policía de Puerto Rico, Manejo de Emergencias Estatal Regional, Departamento de Justicia, Departamento de Educación; se brindó orientación y prevención de salud a la población general y personal de dichas agencias. Las actividades fueron enfocadas en ferias/clínicas de salud, marchas de salud, talleres de prevención de salud, Justas LAI⁸¹, Marcha del Orgullo LGBTTQ+. Un logro de este objetivo fue que se concientizó a la población sobre diversos temas de salud. Se logró un mayor alcance comunitario al llevar los servicios de salud a las poblaciones debido a las colaboraciones interagenciales. Se</p> |

⁸¹ Liga Atlética Interuniversitaria

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|--|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | benefició la población en general, en específico estudiantes universitarios y población adulta mayor. A raíz de las colaboraciones se dio a conocer todos los servicios / programas que provee el Departamento de Salud por lo tanto las agencias hacen referidos de sus participantes para la atención de sus necesidades. La concientización a la población fue a través de entrega de literatura, orientación, muestreo de enfermedades transmisibles y/o referidos a clínicas del DSPR, entrega de profilácticos, entrega de material promocional de salud. El objetivo se completó tal y como se propuso |
| Meta 2. Lograr disminución del Virus del COVID-19 en la Región Oeste. | Completada: Se pudo reducir el contagio por COVID-19 al estar más y mejor informada la población, tener mayor acceso a realizarse la prueba, mayor acceso a recibir vacuna. | Objetivos 2.1 Para el 31 de diciembre de 2023, la Región Oeste identificará y contratará al menos 10 recursos del Personal de Epidemiología para los municipios que componen la Región Oeste para atender los esfuerzos de la | Número de contrataciones de personal de epidemiología. | 10 | 18 | 180.0% | Completado: Se logró contratar más de 10 recursos para atender los esfuerzos de disminución del virus COVID-19. Al contar con mayor personal, se logró mayor vigilancia, mayor apoyo en vacunaciones masivas, en muestreo y rastreo, orientación al personal del DSPR en cuanto a la situación y prevención. La población de la Región Oeste se beneficia de estos resultados. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | disminución de la tasa de positividad del COVID-19. | | | | | A raíz de la contratación de mayor personal se pudo reducir el contagio por COVID-19 al estar más y mejor informada la población, tener mayor acceso a realizarse la prueba, mayor acceso a recibir vacuna. El objetivo se completó tal como se propuso. |
| | | Objetivo 2.2 Para el 31 de diciembre de 2023, la Región Oeste comunicará el 100% de la información de los esfuerzos realizados para el COVID-19 (vacunaciones masivas, pruebas de COVID-19, rastreo y vigilancia entre otros). | Porcentaje (%) de la comunicación de los esfuerzos realizados para el COVID-19. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se logró comunicar el 100% de la información de los esfuerzos realizados para este logro; participación en vacunaciones masivas o solicitadas por entidades de la Región Oeste, Informe Semanal de Vigilancia, informe de atención y referido de posibles casos al Epidemiólogo Municipal. Quienes se benefician de este resultado son alcaldes, personal del DSPR Región Oeste, población general. Con el logro de este objetivo, la población de la Región Oeste esta más y mejor orientada a la prevención y cuidado sobre el COVID-19. Para el cumplimiento de este objetivo se realizaron reuniones cada dos meses donde se compartió la información epidemiológica con los directivos de todos los programas del DSPR Región Oeste aumentando |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | el conocimiento del manejo del COVID-19. El objetivo se completó tal y como se propuso. |
| Meta 3. Lograr las mejoras a la infraestructura de la Región Oeste, incluyendo mecanismos de mantenimiento a las mismas. | En demora: La meta se encuentra en demora porque los procesos administrativos para lograr las mejoras a la infraestructura son responsabilidad de Nivel Central, diferentes oficinas o secretarías. | Objetivo 3.1 Reparar, mejorar y/o reconstruir la infraestructura de los edificios del Departamento de Salud Región de Mayagüez creando lugares seguros para empleados, pacientes/clientes del Departamento de Salud Región de Mayagüez. | Número de mejoras iniciadas y completadas. | 4 | 2 | 50.0% | En demora: El objetivo no se ha logrado porque los procesos que son responsabilidad de Nivel Central, diferentes oficinas o secretarías, no han concluido, procesos de subastas, rehabilitación de estructuras. Como medida de lograr este objetivo se da seguimiento verbal y escrito continuamente con Nivel Central a los proyectos de infraestructura. Con el personal de servicios generales regional - handyman, personal de limpieza y personal de la región - se da mantenimiento a plantas físicas como limpieza de patios, limpieza de exteriores, pulido de pisos, pintura interior, reparaciones menores de plomería, carpintería, refrigeración y aire acondicionado. Se espera cumplir con este objetivo para el 2025 tomando en consideración la información provista por la Oficina de Facilidades de Salud relacionada a la subasta. |
| | | | Porcentaje (%) de progreso por proyecto/mejora. | 75 | 50 | 66.7% | |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|---|--------------------------------|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | Objetivo 3.2 Lograr la mejor utilización de los edificios del Departamento de Salud lo que redundará en economías por pago de rentas u otros. | Cantidad de ahorros generados. | --- | --- | --- | En demora: Se logró evaluar las facilidades pertenecientes al DSPR - CDT ⁸² Lajas, CDT Maricao, CDT Rincón, USP Mayagüez, Casa Salud Mayagüez, Cerro Las Mesas Mayagüez, se sometió informe sobre el estado de estas y mejoras necesarias. El objetivo está en demora debido a que los procesos que son responsabilidad de Nivel Central, diferentes oficinas o secretarías, no han concluido, procesos de subastas, rehabilitación de estructuras. Para el CDT de Maricao y CDT Lajas se han logrado mejoras a infraestructura como sistema de generador eléctrico y cisterna; Casa Salud Mayagüez luego del colapso del sistema eléctrico por falla de la subestación (evento extraordinario) se mantuvo los servicios utilizando un generador de electricidad y la instalación de una subestación eléctrica nueva. Para poder cumplir con el objetivo se |

⁸² Centro de Diagnóstico y Tratamiento

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|--|---------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | requiere la atención e intervención de las diferentes oficinas/secretarías en Nivel Central para poder mejorar las estructuras y reutilización de las mismas en Rincón y Mayagüez generando economías en pago de rentas por programas en edificios privados. |
| | | Objetivo 3.3 Conseguir los recursos necesarios y suficientes para mantener y ofrecer lugares de trabajo seguros. | Número de recursos contratados. | 5 | 5 | 100.0% | En proceso: Se logró conseguir los recursos para completar la subestación eléctrica de Casa de Salud. No se logró las reparaciones/rehabilitación de otros edificios por falta de recursos. Se beneficio la población que recibe servicios en Casa de Salud al instalar una nueva subestación. El objetivo se completó parcialmente debido a que se identificaron fondos para la realización de los estudios necesarios para determinar la viabilidad de los edificios disponibles, esto a su vez para identificar los fondos para la rehabilitación de los mismos. Se espera que luego de completar los estudios se pueda identificar los fondos necesarios para ello. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 4. Lograr una reorganización regional uniforme que provea apoyo constante para facilitar el flujo continuo de información y colaboración para las mejoras de los esfuerzos en la prestación de los servicios de salud a la población de la Región Oeste. | Completada: Esta meta tuvo como logro la reorganización regional y el fortalecimiento de la relación y comunicación entre la oficina regional y los programas. Esto propicio un aumento de conocimiento y capacidad profesional del personal. | Objetivo 4.1 Redefinir las funciones y enfoque de la Oficina de Directora Regional y la relación con nivel central. | Porcentaje (%) de funciones y enfoques redefinidos. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Se fortaleció la comunicación entre la oficina regional y los Programas Categóricos a través de reuniones recurrentes en donde estos programas presentan sus necesidades y se busca solución en conjunto, a su vez la Directora Regional lleva a Nivel Central las necesidades que no se pudieron atender en las reuniones. Además, en dichas reuniones los programas comparten información relacionada a la implementación de sus iniciativas. A raíz de retomar las reuniones entre la Directora Regional y los directores/supervisores de los programas, se pudo compartir y conocer los servicios que ofrecen cada uno, colaboración en equipo para la solución de situaciones de presentadas. El objetivo se completó tal y como se había propuesto. |
| | | Objetivo 4.2 Fortalecimiento y readiestramiento del recurso humano. | Número de adiestramientos ofrecidos al recurso humano de la Región Oeste. | 12 | 24 | 200.0% | Completado: Se logró realizar los adiestramientos a supervisores; se completó el 100% de los cursos / adiestramientos de Ética Gubernamental; se logró completar al 100% de los Acuerdos |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | de Confidencialidad de Ley HIPAA ⁸³ , incluyendo orientación al personal nuevo sobre Manejo de Información bajo dicha ley. Se logró proveer equipo de oficina al personal para ejercer adecuadamente sus funciones. Se ofreció taller sobre el Plan de Manejo de Emergencias y la función de cada uno en este. En relación al Plan de Clasificación de Empleados, la Oficina de Administración Regional no tiene inherencia ya que es un proceso centralizado realizado por Nivel Central. La población beneficiada de este resultado fue la fuerza laboral. A raíz del logro de este objetivo se tuvo un aumento de conocimiento y capacidad de personal, incluyendo manejo de información, confidencialidad de expedientes y récord electrónico; mejor conocimiento de cómo actuar en el caso de eventos extraordinarios. Este |

⁸³ Health Insurance Portability and Accountability Act

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|----------------------|----------|--------------------------|------------------|-------------------|--------------|---------------------------------------|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | objetivo se cumplió según se propuso. |

Para el año 2023, la Oficina Regional de Mayagüez tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (4): 3 completadas (75.0%), y 1 en demora (25.0%).
- Objetivos (9): 6 completados (66.7%), 1 en proceso (11.1%), y 2 en demora (22.2%).

E. Oficina Regional Metro-Fajardo

1. **Descripción:** La Región Metro-Fajardo coordina los servicios del DSPR y atiende las necesidades de salud de los ciudadanos que residen en los siguientes doce (12) municipios: Canóvanas, Carolina, Ceiba, Culebra, Fajardo, Guaynabo, Loíza, Luquillo, Río Grande, San Juan, Trujillo Alto y Vieques. En conjunto, comprenden una población aproximada de 818,126 habitantes.
2. **Persona Contacto:** Sr. Jesús Rodríguez Cabán, Director Regional; ext.jesum.rodriguez@salud.pr.gov ; 787-809-8593
3. **Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|----------------------|---|--|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| Meta 1. Aumentar las actividades educativas comunitarias a la población materno infantil. | Completada: | Objetivo 1.1 Aumentar números de población atendida en comunidad. | Número de recursos/ herramientas/ adiestramientos impartidos a la comunidad. | 100 | --- | --- | Completado: Se han realizado durante el último año, una decena de impactos comunitarios y eventos en las facilidades del CDT ⁸⁴ de Río Grande. La comunidad materno-infantil fue educada y asistida con una gama de servicios e información. Con el esfuerzo de varios programas, tales como: CTS ⁸⁵ , Vacunación, USP, WIC, Medicaid, Madres y Niños, Salud Ambiental y CAAV ⁸⁶ , hemos podido alcanzar la atención de cientos de beneficiarios a través de la región. |

⁸⁴ Centro de Diagnóstico y Tratamiento

⁸⁵ Centros Transicionales de Servicios

⁸⁶ Centro de Ayuda a Víctimas de Violación

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|--|--|--|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| Meta 2. Aumentar los talleres de cursos prenatales a la población de mujeres embarazadas de la Región Metro. | Completada: | Objetivo 2.1 Aumentar números de población atendida en comunidad. | Cantidad de personas impactadas por día/actividad. | 15 | --- | --- | Completado: Las enfermeras visitantes han podido impactar a esta comunidad con varias iniciativas y un sinnúmero de charlas y visitas a diferentes centros. Enfermeras de Madres, Niños y Adolescentes. Se recomienda el reclutamiento de personal adicional para dichas funciones ya que es oneroso para lograr todas las metas necesarias para la población. |
| Meta 3. Aumentar los talleres de Cursos de Crianza a la población de padres de la Región Metro. | Completada: | Objetivo 3.1 Aumentar números de población atendida en comunidad. | Cantidad de personas impactadas por día/actividad. | 100 | --- | --- | En proceso: El personal se encuentra continuamente trabajando en la confección e impacto comunitario con dicho fin. |
| Meta 4. Reclutar personal necesario para la continuidad del Programa de Visitas al Hogar en los municipios de Carolina y San Juan. | Completada: | Objetivo 4.1 Lograr cubrir vacantes de personal en Carolina y San Juan. | Proporción de vacantes identificadas cubiertas. | --- | --- | --- | En proceso: Se recomienda el reclutamiento de personal adicional para dichas funciones ya que es oneroso para lograr todas las metas necesarias para la población. |
| Meta 5. Llevar orientaciones a todas las facilidades de salud de la Región sobre las condiciones | En proceso: Se está programando orientaciones a los nuevos proveedores de Servicios de Salud | Objetivo 5.1: Identificar la etiología o la causa de una enfermedad y los factores de riesgo | Porcentaje (%) de facilidades impactadas mediante actividades. | 100 | 100 | 100.0% | En proceso: La Sra. Edna Ponce, se encuentra dirigiendo los planes de trabajo con dicho fin. Se continuó con los procesos de orientación a las |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--------------------------------------|--|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| de Leptospirosis, Rabia y Monkeypox. | y las facilidades de salud existentes. | relevantes que aumentan el riesgo a enfermar de un individuo o población. | | | | | Facilidades de Salud. Se han integrado nuevos proveedores de Servicios de Salud; como el Centro Médico del Noreste. |
| | | Objetivo 5.2 Determinar la magnitud o alcance de una enfermedad en una población. | Número de ferias de salud realizadas. | 100 | 100 | 100.0% | En proceso: El programa de Epidemiología dirige los esfuerzos correspondientes a dicha encomienda. Se mantuvo las Vigilancia Epidemiológicas con el fin de monitorear aumento de casos (brotes) de alguna condición. Se emitieron alertas epidemiológicas de ser necesario. Se informó a la población sobre el control y medidas preventivas a considerar. |
| | | Objetivo 5.3 Estudiar la historia natural o prognosis de una enfermedad. | Porcentaje (%) de las estrategias de vigilancia epidemiológica implementadas. | 100 | 100 | 100.0% | En proceso: El programa de Epidemiología dirige los esfuerzos correspondientes a dicha encomienda. Mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, se ha podido identificar condiciones emergentes. Se entrenó al personal sobre las condiciones emergentes. Se activó vigilancias epidemiológicas adicionales. Se llevo a cabo el proceso de orientar a los profesionales de la salud sobre la historia natural de la |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|---|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | enfermedad. Su etiología, tratamiento, medidas preventivas. |
| Meta 6. Reforzar el reporte de casos de enfermedades de notificación obligatoria bajo la Orden Administrativa 358, que rige el reporte de enfermedades transmisibles en PR. | En proceso: Estamos en el proceso con Nivel Central de implementar la nueva Orden Administrativa #597. Se envió invitaciones para orientaciones masivas a través de todo Puerto Rico a los Profesionales de la Salud sobre la nueva Orden Administrativa #597. | Objetivo 6.1 Comunicación con los profesionales de la salud. | Número de profesionales de la salud contactado. | 80 | 80 | 100.0% | Completado: Este proceso se encuentra al día y está en proceso. Esta meta es un proceso continuo. Se actualizó el Directorio de los hospitales y Laboratorios de la Región. Se envió Orden Administrativa por correo electrónico a los Hospitales y laboratorios de la Región. Se orientó sobre la Orden Administrativa a Proveedores de Servicios de Salud nuevos. |
| | | Objetivo 6.2 Énfasis en Orden Administrativa. | Número de visitas a profesionales de la salud. | 75 | 75 | 100.0% | Completado: El ciclo de comunicación entre todos los componentes se encuentra trabajando el tema como corresponde. Esta meta es un proceso continuo. Se colaboró con la evaluación de la nueva Orden Administrativa 597 que rige el Reporte de Enfermedades Transmisibles en Puerto Rico. Se participó de reuniones para la evaluación de la misma previo a su distribución a los profesionales de la salud. Se actualizó el Directorio de Proveedores de Servicios de Salud y se envió a Nivel Central para notificar |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | | | | | | | a los proveedores sobre las orientaciones de la nueva Orden Administrativa. Se orientará sobre la nueva Orden Administrativa |
| | | Objetivo 6.3 Mejorar y agilizar el reporte de enfermedades transmisibles. | Porcentaje (%) de stakeholders clave, participantes del proceso de recopilación, análisis y uso de los datos. | 90 | 90 | 100.0% | Completado: El ciclo de comunicación entre todos los componentes se encuentra trabajando el tema como corresponde. Esta meta es un proceso continuo. Se realizaron los esfuerzos por parte de personal de Nivel Central para realizar los reportes de Condiciones transmisibles completamente electrónico. La nueva Orden Administrativa será la primera que el reporte será completamente electrónico, agilizando los procesos de investigación. |
| Meta 7. Continuar con la orientación a los profesionales de la salud sobre las Guías para investigación de casos y rastreo de contactos de COVID. | Completada: Las Guía para investigación de casos y rastreo de contactos de COVID, fueron distribuidas a los Epidemiólogos Municipales y se llevaron a cabo reuniones para | Objetivo 7.1 Orientación a los profesionales y los equipos de rastreo municipal sobre la nueva Guía para la investigación de Casos y Rastreo de Contactos. | Porcentaje (%) de personal. | 100 | 100 | 100.0% | En proceso: La Sra. Chalayra Osorio se encuentra a cargo de los procesos. Se distribuyó las nuevas Guías para Entidades Escolares a los Epidemiólogos Municipales a su vez lo enviaron a las Instituciones Escolares de su municipio. Se distribuyó el nuevo Protocolo de COVID-19 para la investigación de casos y contactos a los |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|---|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | discutir dudas y preguntas. | | | | | | epidemiólogos municipales. Se realizaron intervenciones educativas con Educador en Salud. |
| | | Objetivo 7.2 Entrevistar casos en 24 horas. | Porcentaje (%) de entrevistas realizadas en 24 horas. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: La Sra. Chalayra Osorio se encuentra a cargo de los procesos. Se logró el periodo establecido de tiempo de 24 horas en los grupos de interés prioritarios. Se solicitó ayuda a Nivel Central cuando los equipos no tenían la infraestructura para completar la meta establecida. Entrevistas a pacientes hospitalizados. |
| | | Objetivo 7.3 Identificación de Contactos. | Porcentaje (%) de entrevistas para identificación de contactos realizadas. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: La Sra. Chalayra Osorio se encuentra a cargo de los procesos. Se llevó a cabo la identificación y entrevista de contacto de manera exitosa. Se coordinó con otros municipios la identificación de contactos cuando fue necesario. |
| Meta 8. Continuar el apoyo a los grupos de rastreo de los seis municipios de la región de Fajardo. | Completada: Se continúa con el apoyo a los equipos municipales mediante reuniones semanales. educación, consultas | Objetivo 8.1 Integración del componente regional y el componente municipal de COVID 19. | Número de acuerdos de colaboración por unidades/entre agencias/DS con entidades externas. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: El programa regional de Epidemiología, semanalmente se reúne con nuestros <i>partners</i> de otros municipios y entidades participantes, tales como: centros de salud, hospitales, clínicas y programas de salud municipal. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|---------------------------------------|--|---|------------------|-------------------|--------------|--|
| | | | KPI propuesto | Medida propuesta | Medida completada | % Completada | |
| | y distribución de material educativo. | | | | | | Se realizaron reuniones semanales todos los miércoles a las 2:00pm con los epidemiólogos municipales o cuando fuera necesario. Discusión de consultas, dudas, preguntas o necesidades de los equipos. |
| | | Objetivo 8.2 Referidos a vigilancias especializadas. | Porcentaje (%) de casos identificados referidos a vigilancias especializadas. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Esta meta es un proceso continuo. Se refirieron casos a las vigilancias especializadas de COVID-19 correspondientes. Ejemplo: Vigilancia de viajeros, <i>Long Term Facilities</i> , Componente Escolar, embarazadas. |
| | | Objetivo 8.3 Reuniones semanales. | Porcentaje (%) de reuniones semanales realizadas. | 100 | 100 | 100.0% | Completado: Esta meta es un proceso continuo. Se realizaron reuniones semanales, todos los miércoles a las 2:00pm con los epidemiólogos municipales o cuando fuera necesario. |

Para el año 2023, la Oficina Regional Metro-Fajardo tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (8): 6 completadas (75.0%), y 2 en proceso (25.0%).
- Objetivos (16): 10 completados (62.5%), y 6 en proceso (37.5%).

F. Oficina Regional de Ponce

1. **Descripción:** La Región de Ponce coordina los servicios del DSPR y atiende las necesidades de salud de los ciudadanos que residen en los siguientes 15 municipios: Adjuntas, Arroyo, Coamo, Guánica, Guayama, Guayanilla, Jayuya, Juana Díaz, Patillas, Peñuelas, Ponce, Salinas, Santa Isabel, Villalba y Yauco. En conjunto, comprenden una población aproximada de 454,340 habitantes.
2. **Persona Contacto:** Dr. Giordano San Antonio Tort, Director Regional; giordano.sanantonio@salud.pr.gov; 787-765-2929, Ext. 5701
3. **Tabla resumen del Informe de Resultados 2023**

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|---|--|--|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| Meta 1. Velar y Observar el fiel cumplimiento de la política pública del Departamento de Salud y la Región Sur. | En proceso: Seguir observando la política pública del Departamento y hacer cumplir las disposiciones de ley. Órdenes Administrativas Ética Gubernamental Oficina Inspector General | Objetivo 1.1 Expandir servicios. | Número de políticas de salud pública en uso. | 100 | 85 | 85.0% | En proceso: Seguimos mejorando los servicios y nuevos ofrecimientos de nuevos programas u oficinas. Esperamos poder inaugurar en la Región Sur la primera oficina de <i>Back Ground Check</i> fuera del área metropolitana. Somos agencia cooperadora con la Escuela de Medicina de Ponce en cernimiento de infantes con condiciones respiratorias. |
| | | Objetivo 1.2 Promoción de políticas. | Número de políticas de salud pública en uso. | 100 | 85 | 95.0% | En proceso: Seguimos atentos a seguir las políticas que rigen el Departamento de Salud, así como otras que son regidas por agencias exteriores. Órdenes Administrativas. Cumplimiento de leyes. Oficina de Ética Gubernamental. Oficina del Inspector General. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|---|--|--|--|-------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | | Objetivo 1.3 Ampliar Servicios. | Número de políticas de salud pública en uso. | 100 | 85 | 85.0% | En proceso: Seguimos mejorando los servicios y nuevos ofrecimientos de nuevos programas u oficinas. Esperamos poder abrir la primera oficina de <i>Back Ground Check</i> fuera del área metropolitana. |
| Meta 2. Reenfocar las prioridades de la Región. | En proceso: Las prioridades regionales están establecidas. En ocasiones son cambiantes dependiendo de las necesidades y obligaciones que enfrentamos y de cada oficina o programa en particular. | Objetivo 2.1 Accesibilidad a la salud. | Número de participantes por actividad. | 100 | 85 | 85.0% | En proceso: Fomentar la participación de los Programas Categóricos en las diferentes actividades que nos necesitan. Participación en Ferias de Salud, reuniones de Junta Transectorial, Junta <i>Head Start</i> , Junta Regional de Salud del Programa de Madres, Niños y Adolescentes. |
| | | Objetivo 2.2 Desarrollar la inclusión. | Número de participantes por actividad. | 100 | 90 | 90.0% | En proceso: Atendemos la necesidad de inclusión de participantes en nuestra fuerza laboral. La Región Sur fue la primera región en contratar a una participante del programa de Discapacidad Intelectual. |

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|--|---|--|---|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| Meta 3. Control, Fiscalización y auditoría de los servicios disponibles. | En proceso: El control de la Oficina Regional sobre todos los programas, oficinas, dependencias se lleva a cabo. En ocasiones se hacen recomendaciones para el mejor funcionamiento y cumplimiento de los programas. En otras ocasiones estas no son tomadas en consideración y los programas continúan con las deficiencias. | Objetivo 3.1 Expandir servicios. | Cantidad de personas impactadas por día/actividad. | 100 | 85 | 85.0% | En proceso: Reabrir servicios en áreas que estuvieron inoperantes por situaciones climáticas y sísmicas. CDT ⁸⁷ -Guánica reapertura de: Programa WIC, MEDICAID y Registro Demográfico. |
| Meta 4. Mejoras permanentes a las facilidades físicas. | En proceso: La Oficina Regional ha logrado habilitar espacios y áreas inoperantes para convertirlas en espacio útiles para los | Objetivo 4.1 Expandir servicios. | Cantidad de proyectos de mejoramiento de desempeño y calidad por unidad / programa. | 100 | 90 | 90.0% | En proceso: Seguimos reparando áreas y espacios convirtiéndolas en espacios útiles de trabajo. Renovación de espacios. Arreglo de edificios. Arreglo de oficinas. Arreglo |

⁸⁷ Centro de Diagnóstico y Tratamiento

| META PROGRAMÁTICA | RESULTADO DE LA META | OBJETIVO | INDICADORES DE DESEMPEÑO | | | | RESULTADO DE OBJETIVO |
|-------------------|--|----------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| | | | <i>KPI propuesto</i> | <i>Medida propuesta</i> | <i>Medida completada</i> | <i>% Completada</i> | |
| | empleados y visitantes. Esto se realiza con el personal de conservación. Por otro lado, la inacción de pasados directores regionales y de Nivel Central contribuyeron al deterioro de las facilidades y equipo de la región. | | | | | | de Servicios Sanitarios. Arreglo de elementos eléctricos y plomería |

Para el año 2023, la Oficina Regional Metro-Fajardo tuvo una distribución porcentual en cuanto a su cumplimiento de:

- Metas (4): 4 **en proceso** (100.0%).
- Objetivos (7): 7 **en proceso** (100.0%).

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.