

# HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN DIRECCION



## INFORME DE EVALUACION PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL DE ENERO A MARZO DE 2015

**Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan**  
**Director del HNNBB**

**08 de Mayo de 2015**

## **INTRODUCCION**

El presente informe corresponde a los resultados obtenidos en la Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional (PAOI) en el primer trimestre de 2015

Es importante mencionar que el proceso de evaluación del PAOI, es coordinado por la Unidad de Planificación y realizado con los responsables de establecer la evidencia que permita ratificar el cumplimiento de lo planificado, dicho proceso culmina con la revisión del Informe en el Consejo Estratégico de Gestión del Hospital, para luego ser aprobado por la Dirección.

El presente informe comprende los avances obtenidos en la gestión, lo cual se evidencia en la evaluación de las actividades programadas con su respectivo porcentaje de cumplimiento, así como el resultado obtenido en cada uno de los resultados esperados y un informe que contiene los compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados.

Cabe destacar que el resultado final obtenido ha sido gracias a la dedicación y apoyo de todos los involucrados en el proceso, los cuales han puesto su mayor esfuerzo para avanzar y lograr una gestión eficiente.

## RESUMEN

Las actividades llevadas a cabo durante el período comprendido de enero a marzo de 2015, se han realizado para poder cumplir con las acciones establecidas en el PAO del Hospital, el cual está en concordancia con el Plan del Ministerio de Salud, de tal manera que a pesar de las limitaciones y obstáculos que se encuentran en desarrollo de la gestión, se pueda alcanzar los resultados esperados y contribuir a dar servicios de salud integrales y coordinados a través de redes en todo el sistema de salud.

## OBJETIVOS DEL INFORME

### 1. Objetivo General

Presentar los resultados de la gestión del Hospital, a través de un proceso de seguimiento y evaluación de las actividades y/o acciones contenidas en el Plan Anual Operativos.

### 2. Objetivos Específicos

- a. Contribuir a la construcción de evidencia documental para que se establezcan mecanismos de coordinación y comunicación en los diferentes niveles jerárquicos de tal manera que se facilite la realización de las acciones programadas.
- b. Fomentar el trabajo en equipo a través del establecimiento de responsabilidades compartidas en la realización del proceso de evaluación y elaboración del informe.
- c. Establecer la evidencia documental que permita contar con insumos para mejorar el proceso de gestión institucional.

**EVALUACION DEL PAO DE ACTIVIDADES  
DE ENERO A MARZO DE 2015**

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre					
					Progra mado	Realiza do	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
<b>1</b>	<b>Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil</b>									
<b>1.1.</b>	<b>Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional</b>									
1.1.1	Elaborar e implementar el Plan Institucional para la reducción de la mortalidad Infantil	Documento Elaborado y Divulgado	1	Plan oficializado y Lista de asistencia de los participantes en la socialización del Plan y Envío Electrónico del Plan	La Dirección a través del del Equipo asignado	0	0	0%		
1.1.2	Monitoreo de la Mortalidad en menores de 5 años de en los Servicios de Hospitalización de las Enfermedades de vigilancia del MINSAI (Diarrea, Neumonías. Inmaduridad y Asfixia del Nacimiento)	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	80%	Informes de Auditoria de Mortalidad	Jefe de Servicios de Hospitalización en coordinación con el apoyo del Comité de Mortalidad	80	0	0%	Se reprograma la actividad para ser evaluada en el segundo trimestres	El Informe de mensual de muertes en menores de 5 años de Enfermedades de Vigilancia en UEEIS e Informe de Mortalidad en las Divisiones Médica y Quirúrgica y en la UOC
1.1.3.	Socializar los planes de contingencia para la reducción de la morbi-mortalidad en los periodos vacacionales	N° de planes de Contingenci a Socializado s	3	Plan Contingencial y Lista de asistencia de participantes en la socialización y/o envió Electrónico del Plan	Jefes de Divisiones	1	1	100%	Se realizó el Plan de Contingencia para el periodo Vacacional de Semana Santa y fue divulgado vía correo electrónico por la Unidad de EEIS	Dirección y Jefes de División

EVALUACION DEL PAO DE ACTIVIDADES DE ENERO A MARZO DE 2015										
No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre				
						Progra mado	Realiza do	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
1.1.4	Aumentar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	65	Registros del Comité de IASS	Jefes de Servicio con el apoyo del Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria	65	50	80%		Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria
1.1.5	Elaborar conforme a lineamientos del MINSAL la propuesta del HNNBB para la atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia y Cáncer)	Propuesta elaborada	1	Documento elaborado	Divisiones Médica y División de Enfermería	0	0	0%		
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>						<b>50%</b>				
<b>2</b>	<b>Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario</b>									
<b>2.1</b>	<b>Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional</b>									
2.1.1	Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	% de cumplimiento de la Meta	85%	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Departamentos de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Jefes de Especialidades	85%	91%	107%		Deptos. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica

EVALUACION DEL PAO DE ACTIVIDADES DE ENERO A MARZO DE 2015										
No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre				
						Progra mado	Realiza do	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
2.1.2	Lograr el cumplimiento de los servicios de Hospitalización conforme a la meta de producción programada	% de cumplimiento de la Meta	85%	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Servicios de Hospitalización	85%	94%	111%		Jefes de Departamento y Divisiones médica y quirúrgica
2.1.3.	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta Especializada	Tiempo de Espera en Días	60	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefes de Deptos. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica	60	51	118%		Deptos. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Unidad de Planificación
2.1.4	Reducir los Tiempos de Espera para la Cirugía Electiva	Tiempo de Espera en Días	10%	Informe de Tiempo Espera de	Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Consulta Externa Quirúrgica y Jefes de Especialidades	10%	8%	80%		Departamento Consulta Externa Quirúrgica y Unidad de Planificación
2.1.5	Monitorear los resultados del proceso de Referencia y Retorno	Nº de Informes Presentados	4	Informes de resultados	Comité de Referencia y Retorno	1	1	100%		Comité de Referencia y Retorno y UOC
2.1.6	Analizar los resultados del Monitoreo del Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa	Nº Informes Presentados	4	Informe del Sistema de Lesiones de Causa Externa	Unidad de EEIS - Vigilancia Epidemiología con apoyo de División Quirúrgica	1	1	100%		Unidad de EEIS
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>						<b>103%</b>				
2.2	<b>Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios</b>									

**EVALUACION DEL PAO DE ACTIVIDADES  
DE ENERO A MARZO DE 2015**

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre				
						Progra mado	Realiza do	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
2.2.1	Analizar el uso de los Servicios Diagnósticos , Tratamiento y Apoyo en los servicios finales (hospitalización, emergencia y especialidades de consulta Externa) de mayor demanda)	N° de Informes Presentado s	4	Informes Estadísticos de Producción de los servicios de apoyo complementario, relacionados con los Egresos por servicio y Consulta por Especialidad	Jefe de División de Diagnóstico con el apoyo de la Unidad de EEIS y la Unidad de Planificación	1	1	100%	El informe se presentó en reunión de CEG del día 06-05-2015	División de Diagnóstico
2.2.2	Analizar el uso y/ o demanda de los Servicios de Apoyo administrativo por el resto de servicios del Hospital	N° de Informes Presentado s	4	Informes Estadísticos de Producción de los servicios de apoyo complementario, relacionados con los Egresos por servicio y Consulta por Especialidad	Jefe de División Administrativa con el apoyo de la Unidad de EEIS y la Unidad de Planificación	1	1	100%	El informe se presentó en reunión de CEG del día 06-05-2015	División Administrativa
2.2.3	Diseño del proyecto de Unidosis	Proyecto presentado	1	Proyecto formulado	Jefes de: División de Diagnóstico, Departamento de Gestión de Suministros de Tecnología Médica y Farmacia	0	0	0%		

EVALUACION DEL PAO DE ACTIVIDADES DE ENERO A MARZO DE 2015										
No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre				
						Progra mado	Realiza do	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
2.2.4	Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Insumos y Medicamentos	N° de Informes de Gestión	4	Informe Presentado	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de Farmacoterapia y Farmacia	1	1	100%	Los informes se entregan mensuales y con ellos se construyen los indicadores de Gestión	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>						<b>100%</b>				
<b>3</b>	<b>Objetivo: Elaborar y/o actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos</b>									
3.1	<b>Resultado: Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales</b>									
3.1.1.	Aprobar y oficializar los Manuales de Organización Específicos de las Dependencias del Hospital	% de Manuales Específicos de Organización aprobados y oficializados	100%	Manual de Organización Específico de cada dependencia	Dirección con el apoyo de la Unidad de Planificación	0	0	0%		
3.1.2.	Elaboración y/o actualización de los Manuales de Procesos de las Dependencias del Hospital	% de Manuales de Procesos Elaborados	50%	Manuales de Procesos de las Dependencias	Cada Dependencia con el apoyo y/o asesoría de la Unidad de Planificación	0	0	0%		



EVALUACION DEL PAO DE ACTIVIDADES DE ENERO A MARZO DE 2015										
No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre				
						Progra mado	Realiza do	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
3.1.3.	Normalizar la atención a través de Guías Clínicas de atención en las especialidades médicas y quirúrgicas, con énfasis en las Enfermedades Crónicas no transmisibles	Nº de Guías Clínicas Elaboradas	10	Guías Clínicas Elaboradas	Jefes de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica	0	0	0%		
3.1.4.	Revisión de la Organización de los Comités del Hospital	Informe de Resultados	1	Actas y/o Ayuda memoria de Reuniones de Trabajo	Unidad Organizativa de la Calidad	0	0	0%		
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>						<b>N/A</b>				
<b>4</b>	<b>Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad</b>									
4.1	<b>Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad</b>									
4.1.1	Evaluación de la Calidad de Atención de los pacientes	Numero de Informes de Evaluación	3	Informes de Evaluación de la Calidad de Atención Asistencial	Jefe de la UOC apoyado por los Jefes de División Medica, Quirúrgica, Enfermería y Comité de Auditoría del Desempeño Médico	1	0	0%	Se reprogramará y se reajustará la meta realizándose un solo informe de los resultados en el tercer trimestre	Unidad Organizativa de la Calidad

EVALUACION DEL PAO DE ACTIVIDADES DE ENERO A MARZO DE 2015										
No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre				
						Progra mado	Realiza do	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
4.1.2.	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	Nº de Informes de Resultados	4	Informes y Presentación	Unidad Organizativa de la Calidad con el Apoyo de la UEES y Divisiones Médica, Quirúrgica y de Enfermería	1	1	100%	El informe se presentó en reunión del C.E.G del 06-05-2015	Unidad Organizativa de la Calidad
4.1.3	Monitoreo y Evaluación de Proyectos de Mejora Institucional	Nº de Informes de Avances y/o Resultados	2	Informes de Avance de o Resultados de Proyectos	UOC y Equipo de Proyectos	1	1	100%	Se informó sobre avancen en presentación realizada el 05-05-2015	Unidad Organizativa de la Calidad
4.1.4	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamericana	1	Informe de Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Dirección con el apoyo y coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad	0	0	0%		
4.1.5	Monitoreo y Evaluación del funcionamiento de los Comités para la Mejora institucional	Nº de Reuniones de Seguimiento y Cumplimiento de Acuerdos	12	Ayudas Memorias y/o Actas de Reunión	Unidad Organizativa de la Calidad	3	3	100%		Unidad Organizativa de la Calidad
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>						75%				
5	<b>Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación y Monitoreo y Evaluación Institucional</b>									

EVALUACION DEL PAO DE ACTIVIDADES DE ENERO A MARZO DE 2015										
No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre				
						Progra mado	Realiza do	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
5.1	<b>Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias</b>									
5.1.1	Monitorear y Evaluar el Plan Anual Operativo Institucional	Nº de Monitoreos del POA 2015	4	Informes de Respaldo en los Sistemas y Evidencia documental	Dirección en Coordinación de la Unidad de Planificación	1	1	100%	Se presentó informe de avance en reunión del C.E:G el 28 de abril y se revisó el cumplimiento el 06 de mayo	Unidad de Planificación y Dirección
5.1.2.	Controlar el proceso de entrega de elaboración y evaluación de Planes Anuales Operativos Específicos de las dependencias del Hospital	% de Dependencias que cumplieron	100%	Informe de Control de entregas	Jefes de División en coordinación con la Unidad de Planificación	100	26	26%	No se cuenta con la evidencia documental, no se han recibido los documentos en la Unidad de "Planificación	Unidad de Planificación
5.1.3.	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	Nº de Informes de Indicadores	12	Envío y/o entrega de Informes al MINSAL	Unidad de EESIS y la Unidad de Planificación en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	1	1	100%		Unidad de Planificación
		Nº de Presentación de Resultados de Indicadores	2	Lista de Participantes de reunión de Presentación de Resultado de Indicadores	Unidad de EESIS y la Unidad de Planificación en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	1	1	100%		Unidad de Planificación

EVALUACION DEL PAO DE ACTIVIDADES DE ENERO A MARZO DE 2015										
No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre				
						Progra mado	Realiza do	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
5.1.4.	Monitoreo y Evaluación de los Indicadores de la RIIS	N° de Informes	4	Informes y Presentación	Unidad de EESIS en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	1	1	100%		Unidad de EESIS
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						85%				
6	<b>Objetivo: Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales</b>									
6.1.	<b>Resultado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales</b>									
6.1.1	Presentación de Informe de cumplimiento de Valoración de Riesgos	% de Dependencias con Cumplimiento de Valoración de Riesgo	100%	Informe Consolidado de Cumplimiento	Jefes de División y Departamento en coordinación con la Unidad de Planificación	100%	22	22%	No se cuenta con la evidencia documental, no se han recibido los documentos en la Unidad de "Planificación"	Unida de Planificación
6.1.2.	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Simulacro Realizados	1	Informe del Simulacro	Comité de Emergencia y Desastres	0	0	0%		
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						22%				

EVALUACION DEL PAO DE ACTIVIDADES DE ENERO A MARZO DE 2015										
No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre				
						Progra mado	Realiza do	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
7	<b>Objetivo: Fomentar el Desarrollo del Recurso Humano</b>									
7.1.	<b>Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano</b>									
7.1.1.	Elaborar un Plan de Mejora del Recurso Humano	Plan Aprobado	1	Documento Aprobado	Dirección a través del Departamento de Recursos Humanos con el apoyo de la UOC	0%	0	0%		
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>						<b>N/A</b>				
8	<b>Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información</b>									
8.1.	<b>Resultado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa</b>									
8.1.1.	Implementación del Módulo de Indicaciones Médicas	Módulo Informático Funcionando	1	Respaldo documental del proceso de implementación	Departamento de Informática y Farmacia	0%	0	0%		
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>						<b>N/A</b>				
<b>RESULTADOS EVALUACION PRIMER TRIMESTRE PAOI</b>						<b>79%</b>				

**MINISTERIO DE SALUD**  
**Plan Operativo Anual**  
**Año 2015**  
**Compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados**

**Hospital: Nacional de Niños Benjamín Bloom**

**Período evaluado: Primer Trimestre 2015**

<b>Resultado esperado</b> (según formulario Programación anual y Seguimiento)		<b>Factor o situación que impidió la realización de la meta</b>	<b>Medidas a adoptar</b>	<b>Antes de</b> (qué fecha)	<b>Responsable</b>
1.1.	Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional	No se contó oportunamente con la información, por lo que se realizó la revisión del proceso acordándose reprogramar unas de las actividades para ser evaluada en el próximo trimestre	Monitoreo del proceso	En mayo de 2015	Jefe de División Médica y Quirúrgica con el apoyo del UEEIS
2.1.	Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional	Se cumplió con lo programado			
2.2.	Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	Se cumplió con lo programado			
3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	No aplica en este trimestre			

<b>Resultado esperado</b> (según formulario Programación anual y Seguimiento)		<b>Factor o situación que impidió la realización de la meta</b>	<b>Medidas a adoptar</b>	<b>Antes de</b> (qué fecha)	<b>Responsable</b>
4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	Por falta de tiempo y recursos	Se reprogramará la actividad y se reajustará la meta	En el tercer trimestre	Unidad Organizativa de la calidad
5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	Se cumplió con lo programado			
6.1	Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales	No se cuenta con la evidencia documental, no se han recibido los documentos en la Unidad de "Planificación"	Se gestionará la entrega de información	Mayo	Jefes de División médica, quirúrgica y Administrativa
7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano				
8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa				

## CONCLUSIONES

1. El Plan Anual operativo a pesar de no se evaluaron dos actividades y dos que su evaluación está en proceso, se cumplió en un 79% en el primer trimestre del 2015.
2. De las 22 actividades programadas para el primer trimestre, una se reajusto y dos reprogramaron, ya que al evaluar se determinó no es posible realizarla como se había programado al inicio, no por falta de gestión, sino porque no se cuenta con las condiciones y recursos para cumplirlas como se esperaba.
3. De las actividades que su cumplimiento esta abajo del 30%, es porque aún no se ha podido completar el proceso, por lo que la evaluación no es definitiva, se espera sea completado al finalizar el mes de mayo de 2015.

## RECOMENDACIONES

1. Que los obstáculos encontrados al evaluar el cumplimiento del Plan sean considerados como oportunidades para mejorar el proceso de cumplimiento en el próximo trimestre.
2. Se recomienda que si las dependencias involucradas en lo planificado detectan o definen que es necesario realizar ajustes y reprogramaciones, lo notifiquen anticipadamente a la Unidad de Planificación, a fin de poder cumplir oportunamente con las entregas del Informe de Evaluación de PAO tanto para la Dirección como para el Ministerio de Salud.
3. Que cuando no se pueda realizar el cumplimiento de metas se deben establecer acciones o planes de mejora.



DR. ALVARO HUGO SALGADO ROLDAN  
DIRECTOR