

# HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM DIRECCION



## INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2015



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

**26 de Enero de 2016**

## INTRODUCCION

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, a efecto de realizar la evaluación de la gestión institucional, realiza cada año el Plan Anual Operativo Institucional (PAOI), conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud (MINSAL), y en el cual se establecen los objetivos estratégicos, los resultados esperados y las acciones a cumplir. A efecto de realizar el seguimiento a dicho Plan, cada trimestre se realiza su evaluación, por lo que en el presente informe se detallan los resultados obtenidos de la Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional 2015.

Es importante destacar que el producto obtenido es gracias a la coordinación de la Unidad de Planificación y el esfuerzo y apoyo del Consejo Estratégico de Gestión y los responsables de las actividades programadas, quienes con su dedicación construyen la evidencia que permite realizar el proceso de evaluación y calificación de cada una de las actividades programadas.

El proceso de monitoreo y evaluación, se realiza trimestralmente y su realización es responsabilidad de equipo conformado por el Consejo Estratégico de Gestión más los responsables de las actividades programadas,

Durante el proceso de evaluación, se enfrentan algunos obstáculos, especialmente en el proceso de construcción de la evidencia que verifique el cumplimiento de los resultados obtenidos, no obstante, se ha venido mejorando durante la gestión del 2015, y la calificación de las actividades programadas refleja en alguna medida el avance de la gestión, el cual se puede verificar por el porcentaje de cumplimiento de las actividades y los resultados esperado y en los compromisos de gestión definidos para el cumplimiento óptimo de la programación.

## **RESUMEN**

En el informe se detalla la Programación de Actividades del 2015, la cual está en concordancia con el Plan del Ministerio de Salud, y la evaluación de las actividades programadas y realizadas en el período comprendido de enero a diciembre del presente año.

En el informe se presentan el PAOI 2015 con la calificación de cada uno de los trimestre, así como el consolidado de la calificación trimestral y anual, como evidencia de que a pesar de las limitaciones y obstáculos que se encuentran en desarrollo de la gestión, el Hospital durante el año ha realizado su mayor esfuerzo para cumplir con lo programado y así 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 y evidenciar 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 Operativo Institucional.

### **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 elaboración del Plan así como su evaluación y elaboración del informe de monitoreo y seguimiento del mismo.
- c. Contar con herramientas que permitan evidenciar y documentar el proceso de desarrollo de la gestión institucional.
- d. Establecer mecanismos de medición que permitan la construcción de una base documental, que permitan la creación de proyectos de mejora y desarrollo institucional.

**PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2015  
RESULTADOS DE LA EVALUACION POR TRIMESTRES**

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre			2º. Trimestre			3er. Trimestre			4º. Trimestre			TOTAL		
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
1	<b>Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil</b>																		
1.1.	<b>Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención medica y disminuir la morbilidad institucional</b>					90%			64%			87%			47%			72%	
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	#¡DI V/0!	1	0	0%	0	0	0%	0	0	0	0	0%

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre			2º. Trimestre			3er. Trimestre			4º. Trimestre			TOTAL		
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
1.1.2	Monitoreo de la Mortalidad en menores de 5 años de en los Servicios de Hospitalización de las Enfermedades de vigilancia del MINSAL (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%	80%	26%	33%	80%	47%	59%	80%	29%	36%	34%	43%
1.1.3.	Socializar los planes de contingencia para la reducción de la morbi-mortalidad en los períodos vacacionales	Nº de planes de Contingencia Socializados	3	Plan Contingencia 1 y Lista de asistencia de participantes en la socialización y/o envió Electrónico del Plan	Jefes de Divisiones	1	1	100%	0	0	#¡DIV/0!	1	1	1.00	1	1	1	3	100%
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	52	80%	65	62	95%	65	57	88%	65	65	100%	59	91%

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre			2º. Trimestre			3er. Trimestre			4º. Trimestre			TOTAL		
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
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 Enfemería	0	0	#¡DIV/0!	1	0	0%	0	0	0%	1	0	0	0	0%
1.1.6	Seguimiento y Evaluación del Plan de Supervisión Institucional	Nº de Informes	2	Informes Presentados	Equipo Designado	0	0	#¡DIV/0!	0	0	#¡DIV/0!	1	1	100%	1	0	0	1	50%
2	<b>Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario</b>																		
2.1	<b>Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional</b>					103%			91%			147%			102%			111%	

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre			2º. Trimestre			3er. Trimestre			4º. Trimestre			TOTAL		
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
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%	85%	89%	105%	85%	80%	94%	85%	85%	100%	86%	101%
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%	85%	87%	102%	85%	93%	109%	85%	92%	108%	92%	108%
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%	60	43	140%	60	54	111%	60	48	1.25	49	122%
2.1.4	Reducir los Tiempos de Espera para la Cirugía Electiva	Tiempo de Espera en Días	10%	Informe de Tiempo de Espera	Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Consulta Externa Quirúrgica y Jefes de Especialidades	10%	8%	80%	10%	0%	0%	10%	37%	370%	10%	8%	80%	13%	133%

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre			2º. Trimestre			3er. Trimestre			4º. Trimestre			TOTAL		
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
2.1.5	Monitorear los resultados del proceso de Referencia y Retorno	N° de Informes Presentados	4	Informes de resultados	Comité de Referencia y Retorno	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1.00	1.00	100%	4	100%
2.1.6	Analizar los resultados del Monitoreo del Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa	N° Informes Presentados	4	Informe del Sistema de Lesiones de Causa Externa	Unidad de EEIS - Vigilancia Epidemiología con apoyo de División Quirúrgica	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1.00	1.00	100%	4	100%
2.2	<b>Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios</b>					100%			100%			25%			67%			73%	
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 Presentados	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%	1	1	100%	1	1	100%	1.00	1.00	100%	4	100%
2.2.2	Analizar el uso y/o demanda de los Servicios de Apoyo administrativo	N° de Informes Presentados	4	Informes Estadísticos de Producción de los serv.	Jefe de División Administrativa con el apoyo de la	1	1	100%	1	1	100%	1	0	0%	1.00	0.00	0%	2	50%



No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre			2º. Trimestre			3er. Trimestre			4º. Trimestre			TOTAL		
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
	por el resto de servicios del Hospital			de apoyo complementario, relacionados con los Egresos por servicio y Consulta por Especialidad	Unidad de EEIS y la Unidad de Planificación														
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	#¡DIV/0!	0	0	#¡DIV/0!	1	0	0%	0.00	0.00	0%	0	0%
2.2.4	Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Insumos y Medicamentos	Nº de Informes de Gestión	4	Informe Presentado	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de Farmacoterapia y Farmacia	1	1	100%	1	1	100%	1	0	0%	1.00	1.00	100%	3	75%
3	<b>Objetivo: Elaborar y/o actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos</b>																		

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre			2º. Trimestre			3er. Trimestre			4º. Trimestre			TOTAL		
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
3.1	<b>Resultado: Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales</b>				NO EVALUADO EN ESTE PERIODO			80%			54%			47%			60%		
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%	#¡DI V/0!	40%	32%	80%	40%	43%	108%	20%	10%	50%	85%	85%
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%	#¡DI V/0!	10%	0%	0%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3.1.3.	Normalizar la atención a través de Guías Clínicas de atención en las especialidades medicas y quirúrgicas, con énfasis en las Enfermedades Crónicas no transmisibles	Nº de Guías Clínicas Elaboradas	10	Guías Clínicas Elaboradas	Jefes de Especialidades Medicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica	0	0	#¡DI V/0!	3	0	0%	6	0	0%	10	9	90%	9.00	90%

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre			2º. Trimestre			3er. Trimestre			4º. Trimestre			TOTAL		
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
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	#¡DIV/0!	0	0	0%	0	0	0%	1	0	0%	0.00	0%
<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>					75%			75%			60%			75%			71%	
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%	1	0	100%	1	0	0%	1	1	100%	1	33%
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%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	4	100%

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre			2º. Trimestre			3er. Trimestre			4º. Trimestre			TOTAL		
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
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%	1	1	100%	1	0	0%	1	0	0%	2	100%
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	#¡DI V/O!	1	0	0%	1	1	100%	0	0	0%	1	100%
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	3	Unidad Organizativa de la Calidad	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	12	100%
5	<b>Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación y Monitoreo y Evaluación Institucional</b>																		
5.1	<b>Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias</b>					85%			82%			82%			87%			84%	

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre			2º. Trimestre			3er. Trimestre			4º. Trimestre			TOTAL		
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
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%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	4	100%
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%	100%	11%	11%	100%	26%	26%	100%	38%	38%	25%	25%
5.1.3.	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	Nº de Informes de Indicadores	8	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%	1	1	100%	4	4	100%	4	4	100%	10	125%
		Nº de Presentación de Resultados de Indicadores	2	Lista de Participantes de reunión de Presentación de de Indicadores	Unidad de EESIS y la Unidad de Planificación en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	1	1	100%	1	1	100%	1	0	0%	2	2	100%	4	200%

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre			2º. Trimestre			3er. Trimestre			4º. Trimestre			TOTAL		
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
5.1.4.	Monitoreo y Evaluación de los Indicadores de la RIISS	Nº de Informes	4	Informes y Presentación	Unidad de EESIS en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	4	100%
<b>6</b>	<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>					22%			NO EVALUADO EN ESTE PERIODO			100%			NO EVALUADO EN ESTE PERIODO			61%	
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%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	22%	22%
6.1.2.	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Simulacro Realizados	1	Informe del Simulacro	Comité de Emergencia y Desastres	0.00	0.00	0%	0.00	0.00	0%	1	1	100%	0.00	0.00	0%	1	100%
<b>7</b>	<b>Objetivo: Fomentar el Desarrollo del Recurso Humano</b>																		

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	1er. Trimestre			2º. Trimestre			3er. Trimestre			4º. Trimestre			TOTAL		
					Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
7.1.	<b>Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano</b>			<b>NO EVALUADO EN ESTE PERIODO</b>				<b>NO EVALUADO EN ESTE PERIODO</b>			100%			<b>NO EVALUADO EN ESTE PERIODO</b>			100%		
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%	0.00	0.00	0%	1	1	100%	0	0	0%	1	100%
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>					<b>NO EVALUADO EN ESTE PERIODO</b>			<b>NO EVALUADO EN ESTE PERIODO</b>			<b>NO EVALUADO EN ESTE PERIODO</b>			100%			100%	
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%	0	0	0%	1	0	0%	1.00	1.00	100%	1	100%
<b>RESULTADO FINAL POR TRIMESTRE</b>						79%			82%			82%			75%			81%	

**RESULTADO DE EVALUACION**  
**PLAN ANUAL OPERTIVO INSTITUCIONAL 2015**

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
1	<b>Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil</b>					
1.1.	<b>Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención medica y disminuir la morbilidad institucional</b>		72%			
1.1.1	Elaborar e implementar el Plan Institucional para la reducción de la mortalidad Infantil	Documento Elaborado y Divulgado	1	0	0%	Esta actividad fue eliminada y sustituida por la 1.1.6
1.1.2	Monitoreo de la Mortalidad en menores de 5 años de en los Servicios de Hospitalización de las Enfermedades de vigilancia del MINSAl (Diarrea, Neumonías. Inmaduridad y Asfixia	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	80%	34%	43%	



No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
	del Nacimiento)					
1.1.3.	Socializar los planes de contingencia para la reducción de la morbi-mortalidad en los períodos vacacionales	N° de planes de Contingencia Socializados	3	3	100%	
1.1.4	Aumentar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	65	59	91%	
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	0	0%	Esta actividad no fue posible realizarla, algunos miembros del equipo fueron asignados a realizar otras funciones en el MINSAL

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
1.1.6	Seguimiento y Evaluación del Plan de Supervisión Institucional	N° de Informes	2	1	50%	
2	<b>Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario</b>					
2.1	<b>Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional</b>		111%			
2.1.1	Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	% de cumplimiento de la Meta	85%	86%	101%	
2.1.2	Lograr el cumplimiento de los servicios de Hospitalización conforme a la meta de producción programada	% de cumplimiento de la Meta	85%	92%	108%	

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
2.1.3.	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta Especializada	Tiempo de Espera en Días	60.00	49.00	122%	
2.1.4	Reducir los Tiempos de Espera para la Cirugía Electiva	Tiempo de Espera en Días	10%	13%	133%	
2.1.5	Monitorear los resultados del proceso de Referencia y Retorno	N° de Informes Presentados	4.00	4.00	100%	
2.1.6	Analizar los resultados del Monitoreo del Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa	N° Informes Presentados	4.00	4.00	100%	
2.2	<b>Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios</b>		<b>73%</b>			
2.2.1	Analizar el uso de los Servicios Diagnósticos , Tratamiento y Apoyo en los servicios finales (hospitalización,	N° de Informes Presentados	4	4	100%	

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
	emergencia y especialidades de consulta Externa) de mayor demanda)					
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 Presentados	4	2	50%	
2.2.3	Diseño del proyecto de Unidosis	Proyecto presentado	1	0	0%	Esta actividad no se cumplió y en el tercer trimestre fue solicitada su eliminación con la respectiva justificación.
2.2.4	Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Insumos y Medicamentos	N° de Informes de Gestión	4	3	75%	
3	<b>Objetivo: Elaborar y/o actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos</b>					

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
3.1	<b>Resultado: Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales</b>		60%			
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%	85%	85%	
3.1.2.	Elaboración y/o actualización de los Manuales de Procesos de las Dependencias del Hospital	% de Manuales de Procesos Elaborados	50%	0%	0%	Esta actividad no fue posible realizarla como estaba programada, se inició el proceso para su cumplimiento, pero en el 2° trimestre por decisión del C.E.G. se eliminó, con el compromiso de retomarla en el 2016
3.1.3.	Normalizar la atención a través de Guías Clínicas de atención en las especialidades medicas y quirúrgicas, con énfasis en las Enfermedades Crónicas no transmisibles	N° de Guías Clínicas Elaboradas	10.00	9.00	90%	

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
3.1.4.	Revisión de la Organización de los Comités del Hospital	Informe de Resultados	1.00	0.00	0%	Esta actividad no se realizó
4	<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>		71%			
4.1.1	Evaluación de la Calidad de Atención de los pacientes	Numero de Informes de Evaluación	3	1	33%	
4.1.2.	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	Nº de Informes de Resultados	4	4	100%	
4.1.3	Monitoreo y Evaluación de Proyectos de Mejora Institucional	Nº de Informes de Avances y/o Resultados	2	2	100%	
4.1.4	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamericana	1	1	100%	

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
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	12	100%	
5	<b>Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación y Monitoreo y Evaluación Institucional</b>					
5.1	<b>Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias</b>		84%			
5.1.1	Monitorear y Evaluar el Plan Anual Operativo Institucional	Nº de Monitoreos del POA 2015	4	4	100%	
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%	25%	25%	
5.1.3.	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión	Nº de Informes de Indicadores	8	10	125%	

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
	Hospitalaria	N° de Presentación de Resultados de Indicadores	2	4	200%	
5.1.4.	Monitoreo y Evaluación de los Indicadores de la RIISS	N° de Informes	4	4	100%	
<b>6</b>	<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>		<b>61%</b>			
6.1.1	Presentación de Informe de cumplimiento de Valoración de Riesgos	% de Dependencias con Cumplimiento de Valoración de Riesgo	100%	22%	22%	
6.1.2.	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Simulacro Realizados	1.00	1	100%	
<b>7</b>	<b>Objetivo: Fomentar el Desarrollo del Recurso Humano</b>					



No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano		100%			
7.1.1.	Elaborar un Plan de Mejora del Recurso Humano	Plan Aprobado	1	1	100%	
8	Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información					
8.1.	Resultado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa		100%			
8.1.1.	Elaboración del Módulo de Indicaciones Médicas	Módulo Informático Funcionando	1	1	100%	
<b>RESULTADO FINAL DEL % DE CUMPLIMIENTO DEL PAOI 2015</b>					<b>81%</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: De enero a diciembre de 2015

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Calificación del Resultado Esperado	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (que fecha)	Responsable
1.1.	Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional	72%	Surgieron actividades emergentes con el MINSAL y los responsables tenían que participar, por lo que se afectó en desempeño, ya que una de actividades programadas no se cumplió en todo el año y otra solo en un 50%.	Evaluar las asignaciones previo a la aceptación de compromisos y fomentar la delegación de autoridad y responsabilidad	2016	Dirección y Jefes de División
2.1.	Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional	111%		Revisión de Metas y factores que permitieron el resultado obtenido	2016	Jefes de División

<b>Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)</b>		<b>Calificación del Resultado Esperado</b>	<b>Factor o situación que impidió la realización de la meta</b>	<b>Medidas a adoptar</b>	<b>Antes de (que fecha)</b>	<b>Responsable</b>
2.2.	Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	73%	Situaciones emergentes afectaron el cumplimiento oportuno	Evaluar la distribución de funciones y fomentar la delegación de autoridad y responsabilidad y el trabajo en equipo.	2016	Jefes de División de Diagnóstico y Administrativa
3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	60%	Laboral y tareas administrativas no contempladas en la distribución de la carga laboral	Evaluar la distribución del tiempo y funciones y si es necesario reajuste de Metas y fomento de la delegación de autoridad y responsabilidad y el trabajo en equipo	2106	Jefes de División con el apoyo de la Unidad de Planificación
4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	71%	Falta de Recurso Humano	Gestionar el Recurso Técnico calificado para apoyo de la actividad	2016	Dirección
5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	84%	Problemas en la cultura organizacional	Capacitación y Fomento del Trabajo en Equipo	2016	Jefes de División
6.1	Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales	61%	Problemas en la cultura organizacional.	Capacitación y Fomento del Trabajo en Equipo	2016	Jefes de División

<b>Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)</b>		<b>Calificación del Resultado Esperado</b>	<b>Factor o situación que impidió la realización de la meta</b>	<b>Medidas a adoptar</b>	<b>Antes de (que fecha)</b>	<b>Responsable</b>
7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	100%		Se seguirá en el proceso de Mejorar a través de la implementación del Plan	2016	Jefes de División
8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa	100%		Se continuara con el proceso de mejora	2016	Unidad de Planificación y UEES

## CONCLUSIONES

1. Que debido a los trabajos emergentes y la demanda de tiempo para labores administrativas y factores que impiden el cumplimiento oportuno de las actividades, se hace necesario, realizar un proceso de Planificación y programación participativa a fin de garantizar el compromiso para lograr los objetivos y resultados esperados.
2. Que para mejorar el proceso de evaluación de la programación del Plan Anual operativo es necesario establecer un cronograma de fechas de entrega de la información o evidencia del cumplimiento de las actividades programadas.
3. Que el Plan Anual Operativo Institucional 2015, se logró cumplir en un 81%, lo cual significa que cumplimos la meta en un 95%, ya que como Hospital, se programó que el cumplimiento óptimo del Plan debería de ser de un 85% .
4. Que de las actividades programadas en el PAOI 2015 que no se cumplieron, se evaluará la necesidad y conveniencia de incluirlas en el PAOI 2016 y si algunas que se incluyan tienen cumplimiento bajo, habrá que establecer planes de mejora para su cumplimiento de acuerdo a la meta.

## RECOMENDACIONES

1. Que los obstáculos encontrados al evaluar el cumplimiento del Plan, se consideren como oportunidades para mejorar la gestión y los procesos.
2. Se recomienda que las dependencias responsables evalúen el resultado obtenido de las actividades programadas, con el fin de establecer planes que les permitan mejorar el cumplimiento y mejoras en la gestión.

The image shows a handwritten signature in black ink on the left, and a circular official stamp on the right. The stamp contains the text "HOSPITAL BENJAMIN ROLDAN" around the top edge, "DIRECCION" in the center, and "San Salvador" at the bottom.

Dr. Alvaro Hugo Salgado Roldan  
Director