

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM DIRECCION



INFORME DE EVALUACIÓN PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2016



Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan
Director del HNNBB

Febrero de 2017

INTRODUCCION

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, a efecto de avanzar en el desarrollo de la gestión institucional, realiza trimestralmente el proceso de monitoreo y evaluación del Plan Anual Operativo Institucional (PAOI), el cual consiste en revisar y evaluar el cumplimiento de cada una de las actividades programadas en el período, de acuerdo a la meta e indicador definido. Es importante destacar que este proceso además de responder a los lineamientos del Ministerio de Salud (MINSAL), pretende que se logren los objetivos estratégicos y los resultados esperados, de acuerdo a las acciones definidas.

A efecto de evidenciar los resultados del proceso de monitoreo y evaluación, se presenta este informe, en el cual se detallan los resultados obtenidos de la Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional 2016.

Cabe destacar que el producto obtenido es posible, por la coordinación efectuada por la Unidad de Planificación y especialmente por 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, tal como se ha mencionado es realizado responsablemente por el equipo conformado por el Consejo Estratégico de Gestión, más los responsables de las actividades programadas, quienes de acuerdo a lo requerido, desarrollan las acciones y construyen la evidencia del que respalda el logro de lo programado.

Durante el proceso de evaluación, se han enfrentado algunos obstáculos y pese a los esfuerzos realizados para superarlos, la obtención de la calificación de las actividades programadas no fue la esperada y limitó el logro óptimo de los objetivos estratégicos.

No obstante, cabe destacar el resultado esperados de la participación activa de las dependencias en el cumplimiento de la Programación Institucional, el cual se refiere a las metas de producción establecidas, las cuales se cumplieron en un 100%, de acuerdo a lo esperado.

RESUMEN

En el informe se detalla la Programación de Actividades del 2016, la cual está en concordancia con el Plan Quinquenal del Gobierno, y el Plan del Ministerio de Salud, y el cual responde a los lineamientos establecidos para 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 2016 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 el seguimiento de lo programado, a fin de lograr el cumplimiento de 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 2016
RESULTADOS DE LA EVALUACION POR TRIMESTRE**

No.	Indicador	Meta anual	1er. Trimestre			2°. Trimestre			3er. Trimestre			4°. Trimestre			TOTAL	
			Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil															
1.1.	Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional		84%			45%			78%			68%			79%	
1.1.1	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 Auditorías de egresos de pacientes fallecidos	80%	77%	96%	80%	37%	46%	80%	68%	85%	80%	70%	88%	63%	79%
1.1.2	Socializar los planes de contingencia para la reducción de la morbilidad en los períodos vacacionales	N° de planes de Contingencia Socializados	3	100%	100%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	3	100%
1.1.3	Aumentar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	90%	49%	55%	90%	39%	43%	90%	24%	27%	90%	16%	18%	32%	36%

No.	Indicador	Meta anual	1er. Trimestre			2°. Trimestre			3er. Trimestre			4°. Trimestre			TOTAL		
			Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
1.1.4	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	0%	1	0	0%	1	1	100%	0	0	0%	1	100%
2	Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario																
2.1	Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional			100%			100%			100%			100%			100%	
2.1.1	Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	% de cumplimiento de la Meta	85%	85%	91%	107%	85%	91%	107%	85%	88%	104%	85%	87%	102%	89%	105%
2.1.2	Lograr el cumplimiento de los servicios de Hospitalización conforme a la meta de producción programada	% de cumplimiento de la Meta	85%	85%	95%	112%	85%	100%	118%	85%	93%	109%	85%	97%	114%	96%	113%
2.1.3	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta Especializada	Tiempo de Espera en Días	60	60	45	133%	60	40	150%	60	51	118%	60	39	154%	43.75	137%

No.		Indicador	Meta anual	1er. Trimestre			2°. Trimestre			3er. Trimestre			4°. Trimestre			TOTAL	
				Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%
2.1.4	Reducir los Tiempos de Espera para la Cirugía Electiva	Tiempo de Espera en Días	120	120	95	126%	120	93	129%	120	70	171%	120	86	140%	86.00	140%
2.1.5	Monitorear los resultados del proceso de Referencia y Retorno	N° de Informes Presentados	4	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	4	100%
2.1.6	Analizar los resultados del Monitoreo del Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa	N° Informes Presentados	4	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	4	100%
2.2	Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios			67%			50%			60%			75%			50%	
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	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 por el resto de servicios del Hospital	N° de Informes Presentados	4	1	1	100%	1	0	0%	1	1	100%	1.00	1.00	100%	3	75%
2.2.3	Diseño del proyecto de Unidosis	Proyecto presentado	1	0	0	0%	0	0	0%	1	0	0%	0.00	0.00	0%	0	0%

No.	Indicador	Meta anual	1er. Trimestre			2°. Trimestre			3er. Trimestre			4°. Trimestre			TOTAL		
			Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
2.2.4	Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Insumos y Medicamentos	N° de Informes de Gestión	4	1	0	0%	1	1	100%	1	1	100%	1.00	1.00	100%	3	75%
2.2.5	Implementación de Plan para uso racional de Antibióticos	Informe de monitoreo y evaluación del Plan de Uso racional de antibióticos	3	0	0	0%	1	0	0%	1	0	0%	1.00	0.00	0%	0	0%
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos																
3.1	Resultado: Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales			100%			0%			0%			50%			67%	
3.1.1	Aprobar y oficializar los Manuales de Organización Específicos de las Dependencias del Hospital	Manuales Específicos de Organización aprobados y oficializados	10	10.00	10.00	100%	0.00	0.00	0%	0	0	0%	0.00	0.00	0%	10	100%
3.1.2	Elaboración y/o actualización de los Manuales de Procesos de las Dependencias del Hospital	% de Manuales de Procesos Elaborados	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1000%	0%	0%	10%	0%	0%	0%	0%
3.1.3	Actualizar el documento de Guías terapéuticas Pediátricas	Documento Elaboradas	1	0.00	0.00	0%	0.00	0.00	0%	0	0	0%	1.00	1.00	100%	1	100%

No.	Indicador	Meta anual	1er. Trimestre			2°. Trimestre			3er. Trimestre			4°. Trimestre			TOTAL		
			Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
4	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad																
4.1	Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad			100%			100%			50%			80%			90%	
4.1.1	Evaluación de la Satisfacción de Atención de los pacientes	Numero de Informes de Evaluación	2	0	0	0%	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%	0	0%
4.1.2	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	N° de Informes de Resultados	4	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	4	100%
4.1.3	Monitoreo y Evaluación de Proyectos de Mejora Institucional	N° de Informes de Avances y/o Resultados	3	1	1	100%	1	1	100%	0	0	0%	1	1	100%	3	100%
4.1.4	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamericana	1	0	0	0%	0	0	0%	1	0	0%	0	0	0%	0	0%
4.1.5	Fortalecer la investigación institucional con enfoque a los problemas sanitarios hospitalarios	N° de estudios de investigación realizados	10	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	10	15	150%	15	150%
4.1.6	Monitoreo del funcionamiento de los Comités del Hospital	Informes de Resultados	2	0	0	0%	1	1	100%	0	0	0%	1	1	100%	2	100%

No.	Indicador	Meta anual	1er. Trimestre			2°. Trimestre			3er. Trimestre			4°. Trimestre			TOTAL		
			Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación y Monitoreo y Evaluación Institucional																
5.1	Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias			84%			72%			70%			95%			80%	
5.1.1	Monitorear y Evaluar el Plan Anual Operativo Institucional	N° de Monitoreos del POA	4	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%	100%	52%	52%	100%	14%	14%	100%	24%	24%	100%	83%	86%	43%	43%
5.1.3	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	N° de Informes de Indicadores	8	3	3	100%	3	3	100%	1	1	100%	1	1	100%	8	100%
5.1.4	Monitoreo y Evaluación de los Indicadores de la RISS	N° de Informes	4	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	4	100%
5.1.5	Seguimiento de la implementación de las herramientas para la gestión de costos institucional	% de centros de producción que han enviado información para costeo	100%	100%	66%	66%	100%	45%	45%	100%	27%	27%	100%	91%	91%	57%	57%

No.	Indicador	Meta anual	1er. Trimestre			2°. Trimestre			3er. Trimestre			4°. Trimestre			TOTAL		
			Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
6	Objetivo: Realizar acciones que permitan la Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales y que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente																
6.1.	Resultado: Resultado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente			46%			79%			50%			0%			54%	
6.1.1	Presentación de Informe de cumplimiento de Valoración de Riesgos	% de Dependencias con Cumplimiento de Valoración de Riesgo	100%	100%	46%	46%	100%	79%	79%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	63%	63%
6.1.2	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Simulacro Realizados	1	0	0	0%	0	0	0%	1	0	0%	0	0	0%	0	0%
6.1.3	Realizar gestión para la aprobación del Diagnóstico ambiental	Gestión realizada	1	0	0	0%	0	0	0%	1	1	100%	0	0	0%	1	100%
7	Objetivo: Fomentar el Desarrollo del Recurso Humano																
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano			0%			100%			50%			0%			72%	
7.1.1	Socialización e implementación del Plan de Mejora del Recurso Humano	N° de capacitaciones	100%	0%	0%	0%	50%	50%	100%	25%	0%	0%	25%	0%	0%	17%	17%

No.	Indicador	Meta anual	1er. Trimestre			2°. Trimestre			3er. Trimestre			4°. Trimestre			TOTAL		
			Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%	
7.1.1	Gestionar Recurso Humano de Enfermería para Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Neonatales	Gestión realizada	1	0	0	0%	1	0	0%	1	1	100%	0	0	0%	1	100%
7.1.1	Curso de Formación Gerencial	Curso gerencial realizado	1	0	0	0%	1	1	100%	0	0	0%	0	0	0%	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			0%			0%			0%			0%				
8.1.1	Implementación del Módulo de Indicaciones Médicas	Módulo Informático Funcionando	1	0	0	0%	1	0	0%	1	0	0%	1.00	0.00	0%	0	0%
8.1.2	Actualización y generación de reportes Gerenciales de módulos informáticos institucionales	N° de módulos con reportes Gerenciales	30%	0%	0%	0%	15%	0%	0%	30%	0%	0%	15%	0%	0%	0%	0%
8.1.3	Gestión para armonizar flujos de información entre plataformas informáticas del HNNBB con MINSAL	Gestión realizada	1	0	0	0%	1	0	0%	1	0	0%	0.00	0.00	0%	0	0%
9	Objetivo: Mejorar Infraestructura Hospitalaria																
9.1.	Resultado: Mejorar las condiciones físicas para la atención			0%			0%			0%			0%				

No.		Indicador	Meta anual	1er. Trimestre			2°. Trimestre			3er. Trimestre			4°. Trimestre			TOTAL	
				Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Realizado	%
8.1.1	Readecuación de Ambientes para la Atención de pacientes en Unidad de Emergencia	Ambientes remodelados	1	0	0	0%	1	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0%
RESULTADO FINAL POR TRIMESTRE				83%			68%			51%			59%			59%	

RESULTADO DE EVALUACION
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2016

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil		78.59%			
1.1.	Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional		78.59%			
1.1.1.	Monitoreo de la Mortalidad en menores de 5 años de en los Servicios de Hospitalización de las Enfermedades de vigilancia del MINSAL (Diarrea, Neumonías, Prematurez, Asfixia del Nacimiento y Sepsis)	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	80%	63%	79%	El cumplimiento se ve afectado porque no se realizan todas las auditorías de la mortalidad
1.1.2.	Socializar los planes de contingencia para la reducción de la morbi-mortalidad en los períodos vacacionales	Nº de planes de Contingencia Socializados	3	3	100%	
1.1.3.	Aumentar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	90%	32%	36%	En el año hubo un tiempo que no se contó con el responsable de realizar la actividad
1.1.4.	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	1	100%	El documento de respaldo de esta actividad es responsabilidad de la División Médica
2	Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario		75.0%			

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
2.1	Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional		100.0%			
2.1.1	Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	% de cumplimiento de la Meta	85%	89%	105%	
2.1.2	Lograr el cumplimiento de los servicios de Hospitalización conforme a la meta de producción programada	% de cumplimiento de la Meta	85%	96%	113%	
2.1.3.	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta Especializada	Tiempo de Espera en Días	60	44	137%	
2.1.4	Reducir los Tiempos de Espera para la Cirugía Electiva	Tiempo de Espera en Días	120	86	140%	
2.1.5	Monitorear los resultados del proceso de Referencia y Retorno	Nº de Informes Presentados	4	4	100%	El respaldo y evidencia documental de la actividad es responsabilidad de la UEEIS
2.1.6	Analizar los resultados del Monitoreo del Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa	Nº Informes Presentados	4	4	100%	El respaldo y evidencia documental de la actividad es responsabilidad de la UEEIS
2.2	Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios		50.00%			
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)	Nº de Informes Presentados	4	4	100%	El respaldo y evidencia documental de la actividad es responsabilidad de la 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	Nº de Informes Presentados	4	3	75%	El respaldo y evidencia documental de la actividad es responsabilidad de la División Administrativa

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
2.2.3	Diseño del proyecto de Unidosis	Proyecto presentado	1	0	0%	Esta actividad no se cumplió
2.2.4	Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Insumos y Medicamentos	Nº de Informes de Gestión	4	3	75%	El cumplimiento se vio afectado porque en el 1º trimestre no se contó con la evidencia documental para evaluarla
2.2.5.	Implementación del Plan de uso de Racional de Antibióticos	Informes de Monitoreo y Evaluación del Plan de Uso Racional de Antibióticos	3	0	0%	Esta actividad no se cumplió
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos		66.67%			
3.1	Resultado: Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales		66.67%			
3.1.1.	Aprobar y oficializar los Manuales de Organización Específicos de las Dependencias del Hospital	% de Manuales Específicos de Organización aprobados y oficializados	10	10	100%	
3.1.2.	Elaboración y/o actualización de los Manuales de Procesos de las Dependencias del Hospital	% de Manuales de Procesos Elaborados	20%	0%	0%	Esta actividad no se cumplió. Se realizaran los esfuerzos de coordinación, se replanteará y se programará en el PAOI 2017
3.1.3.	Actualizar el documento de Guías terapéuticas Pediátricas	Nº de Guías Clínicas Elaboradas	1	1	100%	Esta actividad es modificada en la evaluación del primer trimestre para ser evaluada en el 4º trimestre. <La evidencia documental de su cumplimiento es responsabilidad de la División Médica y Quirúrgica

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
4	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad					
4.1	Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad		90.00%			
4.1.1	Evaluación de la Satisfacción de Atención de los pacientes	Numero de Informes de Evaluación	2	0	0%	Esta actividad no se cumplió
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	3	3	100%	
4.1.4	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamericana	1	0	0%	Esta actividad no se cumplió, por instrucciones verbales de la Unidad Organizativa de la Calidad del MINSAL, la Evaluación del 2016, deberá realizarse en el primer trimestre del 2017
4.1.5	Fortalecer la investigación institucional con enfoque a los problemas sanitarios hospitalarios	Nº de estudios de investigación realizados	10	15	150%	Los estudios reportados son los realizados por los Residentes de Medicina y Cirugía
4.1.5	Monitoreo del funcionamiento de los Comités del Hospital	Informes de Resultados	2	2	100%	
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación y Monitoreo y Evaluación Institucional		80.10%			
5.1	Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias		80.10%			

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
5.1.1	Monitorear y Evaluar el Plan Anual Operativo Institucional	Nº de Monitoreos del POAI	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%	43%	43%	El cumplimiento de la actividad es bajo, debido a que no se cumplió según lo programado, sin embargo, ya para el 4º trimestre se tiene que el 89% de la dependencias han entregado su PAO y el 86% han realizado el monitoreo del mismo
5.1.3.	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	Nº de Informes de Indicadores	8	8	100%	En esta actividad para efectos de evaluación se corrió, porque un error en la meta definida para evaluación en el 3º y 4º trimestre, pero su cumplimiento siempre es del 100%
5.1.4.	Monitoreo y Evaluación de los Indicadores de la RISS	Nº de Informes	4	4	100%	
5.1.5..	Seguimiento de la Implementación de las herramientas para la Gestión de Costos institucional	% de centros de producción que han enviado información para costeo	100%	57%	57%	El cumplimiento de esta actividad se ve afectado por las irregularidades en el cumplimiento oportuno de la información.
6	Objetivo: Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales		54.17%			
6.1.	Resultado: Resultado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente		54.17%			

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
6.1.1	Presentación de Informe de cumplimiento de Valoración de Riesgos	% de Dependencias con Cumplimiento de Valoración de Riesgo	100%	63%	63%	El cumplimiento de la actividad se ha visto afectado por la falta de oportunidad, sin embargo, al finalizar el año se tiene que el 79% de la dependencias han presentado su Documento de Valoración de Riesgos
6.1.2.	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Simulacro Realizados	1	0	0%	Esta actividad no se cumplió
6.1.3.	Realizar gestión para la aprobación del Diagnóstico ambiental	Gestión realizada	1	1	100%	De acuerdo a informe verbal en reunión de C.E.G se cumplió,
7	Objetivo: Fomentar el Desarrollo del Recurso Humano		72.22%			
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano		72.22%			
7.1.1.	Socializar e implementar el Plan de Mejora del Recurso Humano	# de Capacitaciones	100%	17%	17%	El resultado de esta actividad es bajo, debido a que no se ha podido evaluar porque no se cuenta con la evidencia y respaldo del responsable de la actividad
7.1.2.	Gestionar recurso humano de enfermería para la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Neonatales	Gestión realizada	1	1	100%	De acuerdo a informe verbal en reunión de C.E.G se cumplió, pero la gestión no fue efectiva.
7.1.3.	Curso de Formación Gerencial	Curso Gerencial Realizado	1	1	100%	
8	Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información		0.00%			
8.1.	Resultado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa		0.00%			

No.	DESCRIPCION DE OBJETIVOS, RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES	Indicador	Meta Anual	Realizado	% de Cumplimiento	OBSERVACIONES
8.1.1.	Implementación del Módulo de Indicaciones Médicas	Módulo Informático Funcionando	1	0	0%	Esta actividad no se cumplió, no se cuenta con el recurso humanos de informática
8.1.2.	Actualización y generación de reportes gerenciales de módulos informáticos institucionales	N° de módulos con reportes gerenciales	30%	0%	0%	Esta actividad no se cumplió, no se cuenta con el recurso humanos de informática
8.1.3.	Gestión para armonizar flujos de información entre plataforma informáticas del HNNBB con el MINSAL	Gestión realizada	1	0	0%	Esta actividad no se cumplió, no se cuenta con el recurso responsable
9	Objetivo: Mejorar la Infraestructura Hospitalaria		0%			
9.1.	Resultado: Mejorar las condiciones físicas para la atención de Emergencia		0%			
9.1.1.	Readecuación de ambientes para la atención de pacientes en Unidad de Emergencia	Módulo Informático Funcionando	1	0	0%	Esta actividad no se cumplió por falta de recursos financieros
RESULTADO FINAL DEL % DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PAOI 2016					47%	
RESULTADO FINAL DEL % DE CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS ESPERADOS DEL PAOI 2016					59%	

MINISTERIO DE SALUD
Plan Operativo Anual
Año 2016

Compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados

Hospital: Nacional de Niños Benjamín Bloom

Período evaluado: De enero a diciembre de 2016

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Calificación	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
1.1.	Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional	79%	De las actividades programadas para este resultado, no se han podido lograr el cumplimiento esperado, ya una de las actividades que es el % de adherencia al lavado de manos, se estimó una meta alta y al verificar su cumplimiento, no es alcanzable por diferentes motivos, los cuales han sido analizados para efectos de establecer las acciones de mejora	Para el 2017, se cambiará de estrategias, de tal manera que se pueda involucrar al personal de los servicios en la supervisión y en la generación de la evidencia.	2017	Coordinador de Comité de IASS con el apoyo de los Jefes de División Médica, Quirúrgica y de Enfermería y todos los Jefes de Servicio
2.1.	Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional	100%				

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Calificación	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
2.2.	Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	50%	No logro el resultado esperado, dos actividades programadas no se pudieron cumplir, una de ellas es Diseño del Proyecto de Unidosis y la otra es la implementación del uso racional de antibióticos no se pudo realizar. Se he estado trabajando pero no se concretó lo esperado.	Evaluará la factibilidad de Incorporarla en el PAOI 2017	Primer Trimestre del PAOI 2017	Dirección en coordinación con División de Diagnóstico y Comité de Farmacoterapia
3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	67%	Una de las actividades que la elaboración de los Manuales de Proceso no se pudo realizar, se realizaron los esfuerzos de coordinación, pero se requiere reorganizar para contar con el tiempo necesario para su cumplimiento	Se replanteará la actividad y reprogramarla en el PAOI 2017	2017	Dirección en Coordinación de la Unidad de Planificación y la UOC
4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	90%	El resultado supero lo esperado a pesar de que una de las actividades no se pudo cumplir, debido a que la Unidad Responsable quedó acéfala y el asignado tiene doble función, lo cual dificultó su cumplimiento	Nombrar un responsable en la Unidad y volver a programar la actividad en el PAOI 2017	2017	Dirección y Jefe de la UOC
5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	80%	Se ha mejorado, pero aún falta lograr mayor oportunidad en la entrega de información para evaluar dos actividades	Monitoreo del Proceso de Generación de Información	2017	Jefes de División

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Calificación	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
6.1	Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente	54%	El resultado se vio afectado debido a que una de las actividades no se realizó, debido a que la Dependencia Responsable quedo acéfala y otra tuvo bajo cumplimiento, por falta de oportunidad en la entrega de la evidencia documental	Nombrar un responsable en la Unidad y volver a programar la actividad en el PAOI 2017 y establecer acciones que permitan la entrega oportuna de la evidencia documental	2017	Dirección y Jefes de División
7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	72%	El resultado se vio afectado porque no se contó con la evidencia documental para evaluar una de las actividades del Departamento de Recursos Humanos	Concientizar a los responsables de las actividad, para que generen la evidencia documental necesaria para evaluar que se está cumpliendo con lo programado	Inmediato	División Administrativa con el apoyo de la Dirección
8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	0%	Las actividades programadas no se pudieron cumplir, porque la dependencia responsable se quedó sin el recurso humano responsable.	Revisar y agilizar el proceso para dotar del recurso humano capacitado en el área	Inmediato	Dirección, Recursos Humanos e Informática
9.1	Mejorar las condiciones Físicas para la atención de Emergencia	0%	Las actividad programada no se pudo cumplir, porque falta de recurso financieros	Realizar gestión y evaluación para contar con los recursos financieros necesarios	2017	Dirección
Promedio de Cumplimiento del Trimestre: 59%						

CONCLUSIONES

1. Que para garantizar el cumplimiento oportuno de las actividades programadas, es necesario realizar un proceso de Planificación, programación y Monitoreo participativo, el cual debe ser divulgado a todo nivel, de tal manera que se logre concientizar a los responsables de las actividades, 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 2016, se logró cumplir en un 59%, lo cual significa que cumplimos la meta en un 69%, 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 2016, que no se cumplieron, se evaluará la necesidad y conveniencia de incluirlas en el PAOI 2017 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.



Dr. Alvaro Hugo Salgado Roldan
Director del HNNBB