



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dirección

INFORME DE EVALUACIÓN
PRIMER TRIMESTRE
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2017



Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan
Director del HNNBB

San Salvador, Mayo de 2017

INTRODUCCION

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es un Hospital de Referencia Nacional para la atención pediátrica a nivel nacional, el cual constantemente realiza esfuerzos para lograr una gestión eficiente en beneficio de la niñez, para lo cual en función de la evaluación interna y conforme a los lineamientos y requerimientos del Ministerio de Salud (MINSAL), realiza anualmente un proceso de Planificación, el cual le permite contar con un instrumento guía para evaluar el funcionamiento del Hospital: El Plan Anual Operativa Institucional 2017 (POAI-2017); en él se establecen los objetivos estratégicos, los resultados esperados y las acciones a cumplir anualmente.

A efectos de verificar los avances de lo programado, en el Hospital se realiza un proceso de evaluación y seguimiento trimestral de dicho Plan, y es por tal razón que se presenta este documento el cual contiene los resultados obtenidos de la Evaluación del Primer Trimestre del Plan Anual Operativo Institucional 2017.

Cabe destacar que el resultado trimestral 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, es responsabilidad de equipo conformado por el Consejo Estratégico de Gestión más los responsables directos de las actividades programadas, habiéndose institucionalizado el proceso de monitoreo del plan, durante el proceso de evaluación.

RESUMEN

En el informe se detalla la Programación de Actividades del 2017, la cual está en concordancia con el Plan del Ministerio de Salud, y la evaluación de las actividades programadas y realizadas, así como de las metas de producción establecidas en el período comprendido de enero a marzo del presente año.

El informe muestra el resultado del Primer Trimestre de PAOI 2017, el cual muestra el esfuerzo del Hospital 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 2017
RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DEL PRIMER TRIMESTRE

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	PRIMER TRIMESTRE			
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil								
1.1.	Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional								
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 y Sepsis)	% 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%	79%	99%	
1.1.2	Aumentar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	70%	Registros del Comité de IAAS	Jefes de Servicio con el apoyo del Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria	70%	31%	44%	El Comité de IAAS, indica que la evaluación de esta actividad es baja, por falta de personal para realizar la vigilancia en todos los servicios de hospitalización.

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	PRIMER TRIMESTRE				
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	
1.1.3	Implementar 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				
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						72%			
2	Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario								
2.1	Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional								
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%	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%	92%	108%	

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	PRIMER TRIMESTRE			
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES
2.1.3.	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Especialidades Médicas	Tiempo de Espera en Días	60	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefes de Deptos. de Consulta Externa Médica	60	44	136%	
2.1.4.	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Especialidades de Cirugía	Tiempo de Espera en Días	60	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefes de Deptos. de Consulta Externa Quirúrgica	60	45	133%	
2.1.5	Reducir los Tiempos de Espera para la Cirugía Electiva	Tiempo de Espera en Días	120	Informe de Tiempo de Espera	Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Consulta Externa Quirúrgica y Jefes de Especialidades	120	92	130%	
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						100%			
2.2	Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios								

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	PRIMER TRIMESTRE			
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES
2.2.1	Eficientizar el uso de los Servicios Diagnósticos, Tratamiento y Apoyo en los servicios finales (hospitalización, emergencia y especialidades de consulta Externa)	% de disminución del índice de uso	10%	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	10%	0%	0%	Se ha tomado de base los servicios de apoyo relevantes
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	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	1	1	100%	
2.2.3	Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Insumos y Medicamentos	N° de Informes	12	Informe formulado	Jefes de: División de Diagnóstico, Departamento de Gestión de Suministros de Tecnología Médica y Farmacia	3	3	100%	El informe de monitoreo de medicamentos es generado semanalmente

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	PRIMER TRIMESTRE			
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES
2.2.4	Definir y realizar el Monitoreo del ahorro de rubros definidos como estratégicos	N° de Informes de Resultados del Monitoreo del Plan de Ahorro	4	Informe Presentado	Unidad Financiera Institucional	1	1	100%	El informe es realizado trimestralmente conforme a los rubros importantes establecidos en la política de Ahorro
2.2.5.	Implementación de Plan para el uso racional de antibióticos	Informes de Monitoreo y Evaluación del Plan de Uso Racional de antibióticos	3	Informe Presentado	Comité de Farmacoterapia				
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						75%			
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos								
3.1	Resultado: Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales								

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	PRIMER TRIMESTRE			
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES
3.1.1.	Implementar por fases el proyecto de Gestión por proceso	N° de informes de implementación	3	Manual de Organización Específico de cada dependencia	Unidad de Planificación y UOC				
3.1.2.	Continuar con el proceso de Elaboración de Guías Terapéuticas	N° de guías elaboradas	12	Guías clínicas elaboradas	Jefes de Especialidades médicas y Quirúrgicas y Divisiones Médica y Quirúrgica				La evaluación de esta actividad se reprogramará para el 4° Trimestre
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO									
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								

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	PRIMER TRIMESTRE			
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES
4.1.1	Evaluación de la satisfacción de Atención de los pacientes	Numero de Informes de Evaluación	2	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				
4.1.2.	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	N° de Informes de Resultados	4	Informe virtual en Sistema de Monitoreo y Evaluación de Estándares de la Calidad	Unidad Organizativa de la Calidad con el Apoyo de la UEES y Divisiones Médica, Quirúrgica y de Enfermería	1	1	100%	
4.1.3	Monitoreo y Evaluación de Proyectos de Mejora Institucional	N° de Informes de Avances y/o Resultados	4	Informes de Avance de o Resultados de Proyectos	UOC y Equipo de Proyectos	1	1	100%	
4.1.4	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamerica	1	Informe de Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Dirección con el apoyo y coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad	1	1	100%	Evaluación del Año 2016, realizada en Enero 2017.

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	PRIMER TRIMESTRE			
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES
4.1.5	Fortalecer la investigación institucional con enfoque en los problemas sanitarios hospitalarios	N° de estudios de investigación realizados	5	Documentos entregados	UDP				
4.1.6	Monitoreo y Funcionamiento de los Comités del Hospital	Informe de Resultados	4	Actas y/o ayuda memoria de reuniones de Trabajo	Unidad Organizativa de la Calidad con el apoyo de Dirección	1	1	100%	Monitoreo realizado mensualmente, según consta en actas de UOC
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						100 %			
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								
5.1.1	Monitorear y Evaluar el Plan Anual Operativo Institucional	N° 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%	La revisión y Evaluación de resultados se realizó en el Consejo Estratégico de Gestión del 16 de mayo de 2017

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	PRIMER TRIMESTRE			
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES
5.1.2.	Controlar el proceso de entrega de elaboración 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%	80%	80%	
5.1.3.	Monitoreo del cumplimiento de evaluación de Planes Anuales Operativos Específicos de las dependencias del Hospital	% de Dependencias que cumplieron	100%	Informe de Control de entregas de PAOS autoevaluados	Jefes de División en coordinación con la Unidad de Planificación	100%	4%	4%	
5.1.4.	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	N° de Informes de Indicadores	12	Informe Mensual enviado al MINSAL	Unidad de EESIS y la Unidad de Planificación en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	3	3	100%	Los informes se elabora en la Unidad de Planificación y se envían mensualmente vía correo electrónico para revisión a los Jefes de División Médica y de Cirugía y luego al MINSAL

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	PRIMER TRIMESTRE				
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	
5.1.5.	Implementación de reuniones de Dirección para evaluar la gestión de los Servicios Asistenciales en Sala Situacional	N° de reuniones	4	Actas de Reunión	Dirección	1	1	100%	En reunión de C.E.G se evaluó su cumplimiento (La verificación del cumplimiento está en el Acta realizada en Sala Situacional)
5.1.6.	Seguimiento de los resultados en la aplicación de las herramientas para la Gestión de Costos Institucional	% de Centros de Producción que han enviado información par costeo	100%	Informes para Costeo	Jefes de División y Unidades Adscritas a la Dirección en coordinación con Recursos Humanos, coordinador del Activo Fijo y Unidad de Planificación	100%	68%	68%	
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						75%			
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 ambientes								

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	PRIMER TRIMESTRE			
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES
6.1.1	Presentación de Informe de cumplimiento de Valoración de Riesgos	% de Dependencias que cuentan con Valoración de Riesgo	100%	Informe Consolidado de Cumplimiento	Jefes de División y Departamento en coordinación con la Unidad de Planificación	100%	25%	25%	
6.1.2.	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Simulacro Realizados	1	Informe del Simulacro	Comité de Emergencia y Desastres				
6.1.3.	Creación del Comité Medio Ambiental	Resolución de la dirección	1	Archivos de Dirección y UOC	Dirección, División Administrativa y Jefe UOC	1	1	100%	Comité conformado y funcionando, se tiene resolución de la Dirección
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						63%			
7	Objetivo: Fomentar el Desarrollo del Recurso Humano								
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano								

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	PRIMER TRIMESTRE				
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	
7.1.1.	Continuar con la implementación del Plan de Mejora del Recurso Humano	Informes de Resultados	3	Cumplimiento de la Programación de la Implementación del Plan	Departamento de Recursos Humanos				
7.1.2.	Elaborar un Diagnóstico de Carga Laboral Institucional	Informe de Resultados del Diagnóstico	1	Respaldo Documental del Diagnóstico	Departamento de Recursos Humanos				
7.1.3.	Conformación del Comité Académico	Resolución de Dirección	1	Archivos de Dirección y UOC	Dirección y Unidades de Formación Profesional	1	1	100%	Se cuenta con resolución de Dirección
7.1.4	Curso de Formación Gerencial	Curso Gerencial realizado	1	Programación de capacitación, Listas de Asistencia	UDP, UDECAP y Planificación				

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	PRIMER TRIMESTRE			
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO					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							
8.1.1.	Implementación del Módulo de Indicaciones Médicas	Módulo Informático Funcionando	1	Respaldo documental del proceso de implementación	Departamento de Informática y Farmacia			
8.1.2.	Actualización y/o generación de reportes Gerenciales de módulos informáticos institucionales	N° de módulos con reportes Gerenciales	3	Informes en Sistemas	Informática en coordinación con Unidad de Planificación y administradores de los Módulos			
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO					0%			
RESULTADOS EVALUACION DEL PRIMER TRIMESTRE PAOI 2017					84%			

Hospital: Nacional de Niños Benjamín Bloom
Plan Operativo Anual
Año 2017

Compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados

Período evaluado: De enero a marzo de 2017

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	72%	La calificación de una de las actividades que es el % de adherencia al lavado de manos, es baja en relación a lo esperado, debido a que no se cuenta con personal suficiente para realizar la actividad de monitoreo en cada uno de los servicios.	Se seguirá trabajando en las estrategias definidas que es tratar de involucrar al personal de los servicios (subcomités locales de cada servicio) en la supervisión y en la generación de la evidencia.	2° Trimestre	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	75%	No se pudo cumplir con lo esperado, dado que en vez de disminuir en el 10% el índice de uso se incrementó en 7%.	Se ha dado la indicación de la dirección a los jefes de División para que en conjunto con las Jefaturas de Departamento se pueda optimizar el uso de los Servicios de Apoyo.	2° Trimestre	División de Diagnóstico y Servicios de Apoyo
3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	No se evaluó en este período, la actividad que estaba programada se reprogramó para el 4° Trimestre				
4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	100%				
5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	75%	Falta de oportunidad en la entrega de información para evaluar dos actividades	Se da nuevamente indicación específica, sobre la importancia de generar los informes de evaluación de Planes Operativos	2° Trimestre	Jefes de División
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	63%	Falta de oportunidad en la entrega de información para evaluar dos actividades	Realizar estrategias para involucrar en el proceso de seguimiento y monitoreo del Proceso de Generación y entrega oportuna de la Información a las Jefaturas	2° Trimestre	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
7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	100%				
8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	No se programó su evaluación en este período				
Promedio de Cumplimiento del Trimestre: 84%						

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Unidad de Planificación

Informe de Monitoreo de Cumplimiento de Metas de Producción De enero a marzo de 2017

Producción y Cumplimiento de Metas de Consulta Ambulatoria

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Sub Especialidades de Medicina Pediatrica	10,162	8,452	83%	9,678	7,945	82%	11,129	9,475	85%	30,969	25,872	84%
Alergología / Inmunología	790	555	70%	752	530	70%	865	597	69%	2,407	1,682	70%
Cardiología	689	611	89%	656	506	77%	754	572	76%	2,099	1,689	80%
CENid	462	337	73%	440	296	67%	506	298	59%	1,408	931	66%
Dermatología	521	480	92%	496	443	89%	570	532	93%	1,587	1,455	92%
Endocrinología	890	858	96%	848	812	96%	975	882	90%	2,713	2,552	94%
Fisiatria	158	0	0%	150	0	0%	173	0	0%	481	0	0%
Gastroenterología	504	376	75%	480	350	73%	552	489	89%	1,536	1,215	79%
Hematología	672	576	86%	640	473	74%	736	614	83%	2,048	1,663	81%
Infectología	67	66	99%	64	68	106%	74	62	84%	205	196	96%
Nefrología	395	374	95%	376	339	90%	432	352	81%	1,203	1,065	89%
Neumología	525	439	84%	500	472	94%	575	567	99%	1,600	1,478	92%
Neurología	974	709	73%	928	643	69%	1,067	895	84%	2,969	2,247	76%
Nutriología	84	95	113%	80	58	73%	92	100	109%	256	253	99%
Oncología	840	814	97%	800	742	93%	920	893	97%	2,560	2,449	96%
Pediatría General	1,848	1,484	80%	1,760	1,538	87%	2,024	1,823	90%	5,632	4,845	86%
Psiquiatría	554	512	92%	528	516	98%	607	621	102%	1,689	1,649	98%
Reumatología	189	166	88%	180	159	88%	207	178	86%	576	503	87%

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Sub Especialidades de Cirugía Pediátrica	4,347	4,283	99%	4,204	4,281	102%	4,913	4,635	94%	13,464	13,199	98%
Anestesiología / Algología	134	103	77%	128	100	78%	147	111	76%	409	314	77%
Cirugía Cardiovascular	46	35	76%	44	39	89%	51	37	73%	141	111	79%
Cirugía General	605	572	95%	576	623	108%	662	664	100%	1,843	1,859	101%
Cirugía Neonatal	67	66	99%	64	77	120%	74	59	80%	205	202	99%
Cirugía Oncológica	34	37	109%	32	30	94%	37	25	68%	103	92	89%
Cirugía Plástica	319	304	95%	304	311	102%	391	321	82%	1,014	936	92%
Neurocirugía	302	395	131%	288	395	137%	368	397	108%	958	1,187	124%
Oftalmología	1,092	1,290	118%	1,040	1,119	108%	1,196	1,323	111%	3,328	3,732	112%
Ortopedia	706	735	104%	736	757	103%	846	797	94%	2,288	2,289	100%
Otorrinolaringología	1,042	746	72%	992	830	84%	1,141	901	79%	3,175	2,477	78%
Urología	655	424	65%	624	355	57%	718	459	64%	1,997	1,238	62%
Total de Consulta Externa Esp. Médicas	14,509	12,735	88%	13,882	12,226	88%	16,042	14,110	88%	44,433	39,071	88%
Consulta Externa Odontológica	1,084	1,003	93%	1,032	939	91%	1,187	1,056	89%	3,303	2,998	91%
Máxilofacial	101	87	86%	96	90	94%	110	100	91%	307	277	90%
Odontológica de primera vez	246	181	74%	234	141	60%	269	180	67%	749	502	67%
Odontológica subsecuente	737	735	100%	702	708	101%	808	776	96%	2,247	2,219	99%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	1,131	932	82%	1,102	1,129	102%	1,190	1,202	101%	3,423	3,263	95%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	518	354	68%	518	489	94%	518	499	96%	1,554	1,342	86%
Nutrición	319	287	90%	304	297	98%	350	305	87%	973	889	91%
Psicología	294	291	99%	280	343	123%	322	398	124%	896	1,032	115%
Total de Consulta Externa	16,724	14,670	88%	16,016	14,294	89%	18,419	16,368	89%	51,159	45,332	89%
Emergencias	2,130	2,311	108%	1,924	2,103	109%	2,130	2,066	97%	6,184	6,480	105%

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Emergencias Cirugía	1,105	1,175	106%	998	1,068	107%	1,105	1,110	100%	3,208	3,353	105%
Emergencia Pediatría	1,025	1,136	111%	926	1,035	112%	1,025	956	93%	2,976	3,127	105%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

Producción: Consulta Externa Médica, Otras Atenciones Consulta Externa Médica (SIMMOW).

Producción: Consulta Externa Odontológica (SIMMOW).

Producción y Cumplimiento de Metas de Hospitalización

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Sub Especialidades de Pediatría	519	419	81%	470	428	91%	519	473	91%	1508	1320	88%
Hematología Pediátrica	70	62	89%	64	76	119%	70	89	127%	204	227	111%
Infectología Pediátrica	156	122	78%	140	120	86%	156	129	83%	452	371	82%
Medicina Interna Pediátrica	83	69	83%	76	61	80%	83	83	100%	242	213	88%
Nefrología Pediátrica	20	14	70%	18	21	117%	20	18	90%	58	53	91%
Neonatología	49	44	90%	45	39	87%	49	38	78%	143	121	85%
Oncología Pediátrica	141	108	77%	127	111	87%	141	116	82%	409	335	82%
Sub Especialidades de Cirugía	565	551	98%	510	459	90%	565	561	99%	1640	1571	96%
Cirugía Pediátrica	175	188	107%	158	170	108%	175	200	114%	508	558	110%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	95	114	120%	86	71	83%	95	86	91%	276	271	98%
Neurocirugía Pediátrica	101	103	102%	91	84	92%	101	87	86%	293	274	94%
Oftalmología Pediátrica	68	60	88%	61	31	51%	68	56	82%	197	147	75%
Otorrinolaringología Pediátrica	58	29	50%	53	38	72%	58	45	78%	169	112	66%
Ortopedia / Traumatología	68	57	84%	61	65	107%	68	87	128%	197	209	106%
Otros Egresos	89	92	103%	81	82	101%	89	81	91%	259	255	98%

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios por Contrato	89	92	103%	81	82	101%	89	81	91%	259	255	98%
Total Hospitalización	1,173	1,062	91%	1,061	969	91%	1,173	1,115	95%	3,407	3,146	92%
Cirugía Mayor	843	803	95%	816	736	90%	752	756	101%	2,411	2,295	95%
Electivas para Hospitalización	352	325	92%	318	273	86%	289	275	95%	959	873	91%
Electivas Ambulatorias	209	164	78%	224	160	71%	165	171	104%	598	495	83%
De Emergencia para Hospitalización	236	281	119%	229	243	106%	256	252	98%	721	776	108%
De Emergencia Ambulatoria	46	33	72%	45	60	133%	42	58	138%	133	151	114%
Medicina Crítica												
Unidad de Emergencia												
Admisiones	1,408	1,389	99%	1,408	1,206	86%	1,408	1,262	90%	4,224	3,857	91%
Transferencias	589	624	106%	589	544	92%	589	601	102%	1,767	1,769	100%
Unidad de Máxima Urgencia												
Admisiones	23	109	474%	23	88	383%	23	86	374%	69	283	410%
Transferencias	23	103	448%	23	89	387%	23	83	361%	69	275	399%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios												
Admisiones	130	118	91%	117	97	83%	130	114	88%	377	329	87%
Transferencias	130	131	101%	117	92	79%	130	117	90%	377	340	90%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

Producción: Egresos Hospitalarios (SIMMOW).

Producción: Cirugía Mayor Electivas para Hospitalización y De Emergencias para Hospitalización (SIMMOW por fecha de intervención).

Producción: Cirugía Mayor Electivas Ambulatorias y De Emergencias Ambulatorias (SIMMOW por fecha de egreso).

Producción: Partos (SIMMOW por fecha de parto).

Producción: Medicina Crítica (SEPS2).

CONCLUSIONES

1. Que el proceso de Planificación y programación, así como la Evaluación debe realizarse de manera 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 cumplir con las fechas de entrega de la información o evidencia del cumplimiento de las actividades programadas.
3. Que en el primer trimestre, el Plan Anual Operativo Institucional 2017, se logró cumplir en un 84%, lo cual significa que cumplimos la meta en un 99%, 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 primer trimestre del PAOI 2017, una no se logró cumplir, otra se reprograma su cumplimiento para el 4° trimestre; y otra de las actividades se modificó.

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