



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dirección

INFORME DE EVALUACIÓN
TERCER TRIMESTRE
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2017

Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan
Director del HNNBB

San Salvador, Noviembre 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 Tercer 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 del 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 abril a junio del presente año.

El informe muestra el resultado del 3° 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 TERCER TRIMESTRE

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	TERCER TRIMESTRE				
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
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%	80%	100%	División Médica, UEEIS y Unidad de Planificación
1.1.2	Aumentar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	70%	Registros del Comité de IAASS	Jefes de Servicio con el apoyo del Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria	70%	21%	30%	Falta de personal suficiente para realizar la vigilancia en todo el Hospital, y factores Actitudinales Comité de IAASS

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	TERCER TRIMESTRE					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
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						65%				
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%	91%	107%		Unidad de Planificación, información generada del SPME

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	TERCER TRIMESTRE					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
2.1.2	Lograr el cumplimiento de los servicios de Hospitalización conforme a la meta de producción programada	% de cumplimiento de la Meta	85%	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Servicios de Hospitalización	85%	87%	102%		Unidad de Planificación, información generada del SPME
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	85	0%	Causas de incremento: Ausencias de médicos por causas diversas	Departamento de Consulta Externa Médica y Unidad de Planificación
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%		Departamento de Consulta Externa Quirúrgica y Unidad de Planificación
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	69	174%		Departamento de Consulta Externa Quirúrgica y Unidad de Planificación
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						80%			Para evaluar el resultado se ha considerado que el cumplimiento máximo de cada actividad debe ser el 100%	

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	TERCER TRIMESTRE					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
2.2	Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios									
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 mayor demanda)	% 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%	Para evaluar la actividad se ha considerado el uso de Exámenes de Laboratorio. El resultado está en función de la demanda de Emergencia y máximas	División de Diagnóstico y Servicios de Apoyo
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%	Este informe es realizado por la División Responsable	División Administrativa
2.2.3	Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Insumos y Medicamentos	N° de Informes	12	Proyecto formulado	Jefes de: División de Diagnóstico, Departamento de Gestión de Suministros de Tecnología Médica y Farmacia	4	4	100%	El informe es el resultado del Informe de Seguimiento Semanal	Departamento de Gestión de Suministros y Tecnología Médica

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	TERCER TRIMESTRE				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
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 por la UFI	Unidad Financiera Institucional
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 Farmacoterapeutico	1	0	0%	Se ha aprobado el instrumento se realizará en el 4° trimestre la prueba piloto en algunos servicios	Comité de Farmacoterapia
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						60%				
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos									
3.1	Resultado: Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales									
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	1	1	100%		Unidad de Planificación y Unidad Organizativa de la Calidad

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	TERCER TRIMESTRE					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
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					Jefes de División Médica y de Cirugía
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						100%				
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									
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	1	1	100%	Se realizó la Evaluación, el informe de Resultados se presentará en el 4° Trimestre	Unidad Organizativa de la Calidad y Dirección

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	TERCER TRIMESTRE				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
4.1.2	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	N° 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%	La Evidencia de Cumplimiento se puede verificar ingresando por internet a la página del MINSAL. El seguimiento en la plataforma virtual es realizado por la OUC	Unidad Organizativa de la Calidad
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%	Se contó con el informe del equipo de proyectos y el de la UOC	Unidad Organizativa de la Calidad y Equipo de Proyectos
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					Unidad Organizativa de la Calidad y Dirección
4.1.5	Fortalece la investigación institucional con enfoque en los problemas sanitarios hospitalarios	N° de estudios de investigación realizados	5	Documentos entregados	UDP					Unidad de Formación Profesional

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	TERCER TRIMESTRE					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
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%	Se realizó el monitoreo, los informes fueron presentados en reunión de seguimiento según acta de la UOC	Unidad Organizativa de la Calidad
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	Nº de Monitoreo del POA 2017	4	Informes de Respaldo en los Sistemas y Evidencia documental	Dirección en Coordinación de la Unidad de Planificación	1	1	100%		Unidad de Planificación
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					Unidad de Planificación

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	TERCER TRIMESTRE					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
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%	34%	34%	Factores actitudinales	Unidad de Planificación
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 informe se envían mensualmente al MINSAL	Unidad de Planificación
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	0	0%	Falta de Tiempo para cumplir con la programación, por actividades emergentes	Unidad de Epidemiología, Estadística e Información en Salud
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	1	1	100%	El cumplimiento de esta actividad desde el 2° Trimestre, se ha enfocado al seguimiento para cumplir con la implementación del PERC, el cual es un requerimiento ministerial	Unidad de Planificación

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	TERCER TRIMESTRE				
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO					67%				
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								
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				Unidad de Planificación
6.1.2	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Simulacro Realizados	1	Informe del Simulacro	Comité de Emergencia y Desastres			Esta actividad se reprograma para ser realizada en el primer mes del 4° Trimestre	Unidad Organizativa de la Calidad
6.1.3	Creación del Comité Medio Ambiental	Resolución de la dirección	1	Archivos de Dirección y UOC	Dirección, División Administrativa y Jefe UOC				Unidad Organizativa de la Calidad

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	TERCER TRIMESTRE					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO										
7	Objetivo: Fomentar el Desarrollo del Recurso Humano									
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano									
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	1	0	0%	No se contó con la evidencia para justificar por lo que se considera que no se pudo realizar el cumplimiento	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	1	0	0%	No se contó con la evidencia para justificar por lo que se considera que no se pudo realizar el cumplimiento	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					Unidad Organizativa de la Calidad
7.1.4	Curso de Formación Gerencial	Curso Gerencial realizado	1	Programación de capacitación, Listas de Asistencia	UDP, UDECAP y Planificación				Se reprogramará para el 4° Trimestre	Unidad de Desarrollo Profesional

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	TERCER TRIMESTRE					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO					0%					
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				Se reprogramará para el 4° Trimestre	Departamento de 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					Departamento de Informática
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO										
RESULTADOS EVALUACION DEL TERCER TRIMESTRE PAOI 2017					67%					

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Plan Operativo Anual
Año 2017

Compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados

Período evaluado: De julio a septiembre de 2017

	Resultado esperado (Según formulario Programación anual de Actividades)	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	65%	De las actividades programadas en este resultado, el porcentaje de adherencia al lavado de manos, se obtuvo un 30% de cumplimiento, ya que hace falta recurso humano para la supervisión y factores actitudinales para lograr mantener o aumentar el porcentaje de apego en todos los servicios del Hospital	Se promoverá el plan de motivacional para el lavado de manos por parte del comité de IASS y las jefaturas de servicios.	4° Trimestre 2017	Coordinador de Comité de IASS y Jefaturas de Servicios

Resultado esperado (Según formulario Programación anual de Actividades)		Calificación	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
2.1.	Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional	80%	Una de las actividades programadas que es la Reducción del Tiempo de Espera para Cita de primera vez en Especialidades Médica, afectó el cumplimiento, ya que su resultado fue cero, y esto se debió a la ausencia del recurso humano por diferentes causas, así como el exceso de demanda en algunas especialidades	Realizar el monitoreo de los de la información y realizar la Gestiones para la contratación del recurso médico de algunas especialidades.	4° Trimestre y 2017	Jefe de División Médica con apoyo de la Dirección
2.2.	Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	60%	En dos de las actividades no se logró el resultado esperado. Una actividad es la eficientización de los Servicios diagnósticos, en la cual la reducción no ha sido posible por el incremento en la demanda en atención de Emergencia y la otra el Plan de uso racional de antibióticos, que aún no se ha podido implementar, pero ya se tiene el instrumento para ser implementado en prueba piloto	Se realizará la revisión e investigación sobre el uso de los servicios diagnóstico especialmente de Laboratorio, a fin de tomar decisiones basados en evidencia tanto de la demanda como del uso. En relación al uso racional de antibióticos se está monitoreando el grado de avance del Plan	4° Trimestre 2017	Jefaturas de División de Servicios Diagnóstico, Departamento de Emergencia y Comité de Farmacoterapia

Resultado esperado (Según formulario Programación anual de Actividades)		Calificación	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	100%				
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	67%	En este resultado dos actividades afectaron la calificación. Una de las actividades es el monitoreo de los PAOs internos, de los cuales solo se cuenta con el 34% de las dependencias. La otra actividad es la implementación de reuniones de Dirección para Evaluar la Gestión de los Servicios Asistenciales, la cual no fue posible realizar por falta de tiempo por la demanda de actividades emergentes	Para la actividad de los monitoreos de PAOs, se enviará nota como recordatorio a las Jefaturas para cumplan oportunamente con dicha actividad. En el caso de las reuniones para evaluar la Gestión de los Servicios, las Divisiones Médicas y Quirúrgicas realizan la programación para cumplir con esta actividad.	4° Trimestre 2017	Dirección, Jefes de División

Resultado esperado (Según formulario Programación anual de Actividades)		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	No se Evaluó el resultado	En este resultado se había programado la evaluación de una actividad, la cual se reprogramó para otro trimestre			
7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	0%	En este resultado para este trimestre se programaron tres actividades de las cuales una se reprogramó para su cumplimiento para el 4° trimestre y las otras dado que no se contó con la evidencia por lo que se considera no cumplida.	Se realizará el monitoreo para el cumplimiento de lo reprogramado y se gestionará con el responsable de la actividad para que presente la evidencia o justificación para poder evaluar la actividad planificada.	4° Trimestre 2017	Dirección con el apoyo de la Unidad de Planificación
8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	No se Evaluó el resultado	En este resultado se había programado la evaluación de una actividad, la cual se reprogramó para otro trimestre			
Promedio de Cumplimiento del Trimestre: 67%						

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Unidad de Planificación

Informe de Monitoreo de Cumplimiento de Metas de Producción De Julio a Septiembre de 2017

Producción y Cumplimiento de Metas de Consulta Ambulatoria

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Especialidades Médicas	10,162	8,573	84%	9,195	8,004	87%	9,678	7,713	80%	29,035	24,290	84%
Alergología / Inmunología	790	594	75%	714	569	80%	752	536	71%	2,256	1,699	75%
Cardiología	689	385	56%	623	546	88%	656	547	83%	1,968	1,478	75%
CENID	462	226	49%	418	216	52%	440	207	47%	1,320	649	49%
Dermatología	521	470	90%	471	447	95%	496	468	94%	1,488	1,385	93%
Endocrinología	890	817	92%	806	811	101%	848	636	75%	2,544	2,264	89%
Fisiatría	158	192	122%	143	166	116%	150	0	0%	451	358	79%
Gastroenterología	504	271	54%	456	300	66%	480	320	67%	1,440	891	62%
Hematología	672	543	81%	608	568	93%	640	543	85%	1,920	1,654	86%
Infectología	67	56	84%	61	53	87%	64	56	88%	192	165	86%
Nefrología	395	325	82%	357	299	84%	376	343	91%	1,128	967	86%
Neumología	525	431	82%	475	448	94%	500	494	99%	1,500	1,373	92%
Neurología	974	795	82%	882	691	78%	928	682	73%	2,784	2,168	78%
Nutriología	84	99	118%	76	97	128%	80	79	99%	240	275	115%
Oncología	840	840	100%	760	670	88%	800	778	97%	2,400	2,288	95%
Pediatría General	1,848	1,711	93%	1,672	1,395	83%	1,760	1,366	78%	5,280	4,472	85%
Psiquiatría	554	632	114%	502	536	107%	528	510	97%	1,584	1,678	106%
Reumatología	189	186	98%	171	192	112%	180	148	82%	540	526	97%
Especialidades Quirúrgicas	5,040	4,752	94%	4,560	4,260	93%	4,800	4,482	93%	14,400	13,494	94%

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cmpl.									
Anestesiología / Algología	134	0	0%	122	0	0%	128	0	0%	384	0	0%
Cirugía General	605	641	106%	547	596	109%	576	593	103%	1,728	1,830	106%
Cirugía Cardiovascular	46	32	70%	42	44	105%	44	29	66%	132	105	80%
Cirugía Neonatal	67	64	96%	61	58	95%	64	62	97%	192	184	96%
Cirugía Oncológica	34	34	100%	30	35	117%	32	40	125%	96	109	114%
Cirugía Plástica	357	295	83%	323	248	77%	340	256	75%	1,020	799	78%
Neurocirugía	336	355	106%	304	291	96%	320	298	93%	960	944	98%
Oftalmología	1,092	1,340	123%	988	1,236	125%	1,040	1,181	114%	3,120	3,757	120%
Ortopedia	672	691	103%	608	680	112%	640	844	132%	1,920	2,215	115%
Otorrinolaringología	1,042	930	89%	942	701	74%	992	850	86%	2,976	2,481	83%
Urología	655	370	56%	593	371	63%	624	329	53%	1,872	1,070	57%
Total Consulta Médica de Esp.	15,202	13,325	88%	13,755	12,264	89%	14,478	12,195	84%	43,435	37,784	87%
Consulta Odontológica	1,084	984	91%	950	907	95%	1,032	975	94%	3,066	2,866	93%
Odontológica de primera vez	246	466	189%	222	513	231%	234	608	260%	702	1587	226%
Odontológica subsecuente	737	414	56%	637	337	53%	702	272	39%	2,076	1023	49%
Maxilofacial	101	104	103%	91	57	63%	96	95	99%	288	256	89%
Otras Atenciones	1,131	1,001	89%	1,073	948	88%	1,102	1,071	97%	3,306	3,020	91%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	518	409	79%	518	378	73%	518	409	79%	1,554	1196	77%
Nutrición	319	275	86%	289	278	96%	304	287	94%	912	840	92%
Psicología	294	317	108%	266	292	110%	280	375	134%	840	984	117%
Total Consulta Externa	17,417	15,310	88%	15,778	14,119	89%	16,612	14,241	86%	49,807	43,670	88%
Consulta de Emergencias	2,130	1,933	91%	2,130	1,896	89%	2,062	1,819	88%	6,322	5,648	89%
Cirugía General	1,105	985	89%	1,105	977	88%	1,070	907	85%	3,280	2,869	87%
Pediatría Gral.	1,025	948	92%	1,025	919	90%	992	912	92%	3,042	2,779	91%

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	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.									
Hospitalización Medicina	519	463	89%	519	489	94%	501	445	89%	1539	1397	91%
Hematología Pediátrica	70	82	117%	70	80	114%	68	72	106%	208	234	113%
Infectología Pediátrica	156	116	74%	156	115	74%	150	128	85%	462	359	78%
Medicina Interna Pediátrica	83	82	99%	83	70	84%	80	80	100%	246	232	94%
Nefrología Pediátrica	20	24	120%	20	29	145%	19	32	168%	59	85	144%
Neonatología	49	38	78%	49	59	120%	48	33	69%	146	130	89%
Oncología Pediátrica	141	121	86%	141	136	96%	136	100	74%	418	357	85%
Hospitalización Cirugía	565	549	97%	565	443	78%	546	518	95%	1676	1510	90%
Cirugía Pediátrica	175	198	113%	175	188	107%	169	184	109%	519	570	110%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	95	89	94%	95	59	62%	92	79	86%	282	227	80%
Neurocirugía Pediátrica	101	89	88%	101	71	70%	97	85	88%	299	245	82%
Oftalmología Pediátrica	68	42	62%	68	42	62%	66	60	91%	202	144	71%
Otorrinolaringología Pediátrica	58	43	74%	58	36	62%	56	43	77%	172	122	71%
Ortopedia / Traumatología	68	88	129%	68	47	69%	66	67	102%	202	202	100%
Hospitalización Servicios por C.	89	94	106%	89	89	100%	86	66	77%	264	249	94%
Servicios por Contrato	89	94	106%	89	89	100%	86	66	77%	264	249	94%
Total de Egresos	1,173	1,106	94%	1,173	1,021	87%	1,133	1,029	91%	3,479	3,156	91%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

Producción: Egresos Hospitalarios (SIMMOW).

Producción y Cumplimiento de Metas de Cirugía

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Electivas para Hospitalización	390	173	44%	302	177	59%	353	214	61%	1,045	564	54%
Electivas Ambulatorias	229	208	91%	133	138	104%	152	145	95%	514	491	96%
De Emergencia para Hospitalización	288	390	135%	259	332	128%	233	272	117%	780	994	127%
De Emergencia Ambulatoria	54	42	78%	43	41	95%	32	37	116%	129	120	93%
Cirugía Mayor	961	813	85%	737	688	93%	770	668	87%	2468	2169	88%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

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 y Cumplimiento de Medicina Crítica

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Unidad de Emergencia												
Admisiones	1,408	1,199	85%	1,408	1,178	84%	1,408	1,186	84%	4,224	3,563	84%
Transferencias	589	559	95%	589	501	85%	589	518	88%	1,767	1,578	89%
Unidad de Máxima Urgencia												
Admisiones	23	142	617%	23	156	678%	23	110	478%	69	408	591%
Transferencias	23	131	570%	23	139	604%	23	104	452%	69	374	542%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios												
Admisiones	130	108	83%	130	127	98%	127	106	83%	387	341	88%
Transferencias	130	108	83%	130	127	98%	127	115	91%	387	350	90%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

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 tercer trimestre, el Plan Anual Operativo Institucional 2017, se logró cumplir en un 67%, lo cual significa que cumplimos la meta en un 79%, 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 tercer trimestre del PAOI 2017, tres actividades se reprogramaron para el 4° trimestre, en ocho no se logró el resultado esperado, y en dos la calificación fue cero, por falta de evidencia documental.

RECOMENDACIONES

1. Que los obstáculos encontrados al evaluar el cumplimiento del Plan, se consideren como oportunidades para mejorar los procesos y la gestión operativa.
2. Se recomienda que las dependencias responsables evalúen el resultado obtenido de las actividades programadas, con el fin de establecer acciones y /o planes que les permitan mejorar el cumplimiento y la gestión.
3. Que los informes de Monitoreo una vez evaluados, deben remitirse a todos los involucrados en el cumplimiento a fin de revisar los resultados y establecer acciones que permitan mejorar los resultados esperados.



Dr. Alvaro Hugo Salgado Roldan
Director