



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dirección

INFORME DE EVALUACIÓN
CUARTO TRIMESTRE
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2017

Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan
Director del HNNBB

San Salvador, febrero de 2018

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 Cuatro 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 4° 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 4° TRIMESTRE

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	4° 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%	48%	60%	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%	33%	47%	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	4° 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						54%				
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%		Unidad de Planificación, información generada del SPME

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	4° 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%	84%	99%		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	81	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	42	143%		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	102	118%		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	4° 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%		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	3	3	100%		Departamento de Gestión de Suministros y Tecnología Médica

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	4° 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%	No se contó con la evidencia documental para garantizar el cumplimiento de la actividad	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%	La realización de esta actividad está en proceso. Pero dado a que no se concluyó se definió evaluarla como no cumplida	Comité de Farmacoterapia
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						40%				
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	4° 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	12	12	100%	Se finalizó con el documento de las Guías Clínicas y con la autorización de la Dirección se divulgarán en el 2018	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					Unidad Organizativa de la Calidad y Dirección

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	4° 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%		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	5	15	300%		Unidad de Formación Profesional

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	4° 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%		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	4° 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%	54%	54%		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%		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%	No se contó con la evidencia documental para garantizar el cumplimiento de la actividad	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	100%	100%	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	4° TRIMESTRE				
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO					71%				
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	1	1	100%	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	4° TRIMESTRE					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO					100%					
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 documental para garantizar el cumplimiento de la actividad	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					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	1	0	0%	No se contó con la evidencia documental para garantizar el cumplimiento de la actividad	Unidad de Desarrollo Profesional

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	4° 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	1	1	100%		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	3	3	100%		Departamento de Informática
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						100%				
RESULTADOS EVALUACION DEL TERCER TRIMESTRE PAOI 2017						72%				

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Plan Operativo Anual
Año 2017

Compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados

Período evaluado: De octubre a diciembre 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	54%	Las actividades programadas de este resultado obtuvieron una calificación abajo de lo esperado, hace falta el involucramiento del recurso humano tanto en la realización de la actividad como en la supervisión para lograr mejores resultados.	Se harán acciones para concientizar al personal de la importancia de cumplir con lo programado	2018	Jefe de División con el apoyo del Comité de IASS y Jefaturas de Servicios
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.	2018	Jefe de División Médica con apoyo de la Dirección

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	40%	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	2018	Jefaturas de División de Servicios Diagnóstico, Departamento de Emergencia y Comité de Farmacoterapia
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%				

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
5.1. Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	71%	En este resultado dos actividades afectaron la calificación. Una de las actividades es el monitoreo de los PAOs internos, 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 actividad de los monitoreos de PAOs, 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.	2018	Dirección, 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	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
7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	0%	No se contó con la evidencia documental que permitiera realizar la evaluación de las actividades programadas en este resultado.	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.	2018	Dirección con el apoyo de la Unidad de Planificación
8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	100%	En este resultado se había programado la evaluación de una actividad, la cual se reprogramó para otro trimestre			
Promedio de Cumplimiento del Trimestre: 72%						

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Unidad de Planificación

Informe de Monitoreo de Cumplimiento de Metas de Producción De Octubre a Diciembre de 2017

Producción y Cumplimiento de Metas de Consulta Ambulatoria

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Especialidades Médicas	9,767	7,223	74%	9,322	7,182	77%	7,102	6,019	85%	26,191	20,424	78%
Alergología / Inmunología	827	581	70%	790	597	76%	601	623	104%	2,218	1,801	81%
Cardiología	722	535	74%	689	726	105%	524	467	89%	1,935	1,728	89%
CENID	484	226	47%	462	286	62%	352	182	52%	1,298	694	53%
Dermatología	546	512	94%	521	427	82%	396	364	92%	1,463	1,303	89%
Endocrinología	933	804	86%	890	811	91%	679	626	92%	2,502	2,241	90%
Fisiatría	165	0	0%	158	0	0%	120	149	124%	443	149	34%
Gastroenterología	528	334	63%	504	283	56%	384	235	61%	1,416	852	60%
Hematología	704	523	74%	672	495	74%	512	457	89%	1,888	1,475	78%
Infectología	70	53	76%	67	61	91%	52	44	85%	189	158	84%
Nefrología	414	330	80%	395	272	69%	301	318	106%	1,110	920	83%
Neumología	550	476	87%	525	445	85%	400	347	87%	1,475	1,268	86%
Neurología	1,021	777	76%	974	744	76%	743	612	82%	2,738	2,133	78%
Nutriología	88	77	88%	84	87	104%	64	66	103%	236	230	97%
Pediatría General	1,936	1,341	69%	1,848	1,208	65%	1,408	958	68%	5,192	3,507	68%
Psiquiatría	581	455	78%	554	529	95%	422	413	98%	1,557	1,397	90%
Reumatología	198	199	101%	189	211	112%	144	158	110%	531	568	107%
Sub especialidades Quirúrgicas	6,265	5,879	94%	5,981	6,052	101%	4,557	4,427	97%	16,803	16,358	97%
Anestesiología / Alqología	141	88	62%	134	95	71%	102	85	83%	377	268	71%

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Cirugía Cardiovascular	48	33	69%	46	39	85%	35	15	43%	129	87	67%
Cirugía General	634	630	99%	605	624	103%	461	486	105%	1,700	1,740	102%
Cirugía Neonatal	70	73	104%	67	65	97%	51	47	92%	188	185	98%
Cirugía Oncológica	35	40	114%	34	51	150%	26	31	119%	95	122	128%
Cirugía Plástica	374	263	70%	357	289	81%	272	232	85%	1,003	784	78%
Maxilofacial	106	87	82%	101	84	83%	77	66	86%	284	237	83%
Neurocirugía	352	368	105%	336	331	99%	256	253	99%	944	952	101%
Oftalmología	1,144	1,486	130%	1,092	1,414	129%	832	1,089	131%	3,068	3,989	130%
Oncología	880	805	91%	840	877	104%	640	565	88%	2,360	2,247	95%
Ortopedia	704	789	112%	672	864	129%	512	662	129%	1,888	2,315	123%
Otorrinolaringología	1,091	844	77%	1,042	935	90%	794	610	77%	2,927	2,389	82%
Urología	686	373	54%	655	384	59%	499	286	57%	1,840	1,043	57%
Total Consulta Externa Médica	16,032	13,102	82%	15,303	13,234	86%	11,659	10,446	90%	42,994	36,782	86%
Consulta Externa Odontológica	1,031	926	90%	943	970	103%	749	687	92%	2,723	2,583	95%
Odontológica de primera vez	258	614	238%	246	715	291%	187	470	251%	691	1,799	260%
Odontológica subsecuente	773	312	40%	697	255	37%	562	217	39%	2,032	784	39%
Otras Atenciones de Consulta Externa	1,160	1,047	90%	1,131	1,059	94%	994	967	97%	3,285	3,073	94%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	518	429	83%	518	413	80%	526	375	71%	1,562	1,217	78%
Nutrición	334	292	87%	319	276	87%	244	264	108%	897	832	93%
Psicología	308	326	106%	294	370	126%	224	328	146%	826	1,024	124%
Total Consulta Externa	18,223	15,075	83%	17,377	15,263	88%	13,402	12,100	90%	49,002	42,438	87%
Emergencias	2,130	1,634	77%	2,062	1,640	80%	2,130	1,344	63%	6,322	4,618	73%
Cirugía General	1,105	831	75%	1,070	900	84%	1,105	701	63%	3,280	2,432	74%
Pediatría Gral.	1,025	803	78%	992	740	75%	1,025	643	63%	3,042	2,186	72%

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	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Sub Especialidades de Medicina	519	413	80%	501	440	88%	518	459	89%	1,538	1,312	85%
Hematología Pediátrica	70	57	81%	68	77	113%	70	73	104%	208	207	100%
Infectología Pediátrica	156	110	71%	150	113	75%	155	115	74%	461	338	73%
Medicina Interna Pediátrica	83	84	101%	80	84	105%	83	85	102%	246	253	103%
Nefrología Pediátrica	20	17	85%	19	34	179%	20	25	125%	59	76	129%
Neonatología	49	41	84%	48	34	71%	49	31	63%	146	106	73%
Oncología Pediátrica	141	104	74%	136	98	72%	141	130	92%	418	332	79%
Sub Especialidades de Cirugía	565	487	86%	546	465	85%	565	438	78%	1,676	1,390	83%
Cirugía Pediátrica	175	192	110%	169	168	99%	175	143	82%	519	503	97%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	95	66	69%	92	74	80%	95	72	76%	282	212	75%
Neurocirugía Pediátrica	101	83	82%	97	71	73%	101	71	70%	299	225	75%
Oftalmología Pediátrica	68	42	62%	66	39	59%	68	52	76%	202	133	66%
Otorrinolaringología Pediátrica	58	37	64%	56	29	52%	58	30	52%	172	96	56%
Ortopedia / Traumatología	68	67	99%	66	84	127%	68	70	103%	202	221	109%
Otros Egresos	89	69	78%	86	72	84%	89	71	80%	264	212	80%
Servicios por Contrato	89	69	78%	86	72	84%	89	71	80%	264	212	80%
Total de Egresos	1,173	969	83%	1,133	977	86%	1,172	968	83%	3,478	2,914	84%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

Producción: Egresos Hospitalarios (SIMMOW).

Producción y Cumplimiento de Metas de Cirugía

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Cirugía Mayor	671	729	109%	845	650	77%	781	458	59%	2,297	1,837	80%
Electivas para Hospitalización	256	275	107%	319	290	91%	285	178	62%	860	743	86%
Electivas Ambulatorias	96	153	159%	203	150	74%	185	108	58%	484	411	85%
De Emergencia para Hospitalización	273	279	102%	273	185	68%	272	162	60%	818	626	77%
De Emergencia Ambulatoria	46	22	48%	50	25	50%	39	10	26%	135	57	42%

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	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Medicina Crítica												
Unidad de Emergencia												
Admisiones	1,408	1,147	81%	1,408	1,055	75%	1,412	1,099	78%	4,228	3,301	78%
Transferencias	589	551	94%	589	508	86%	595	532	89%	1,773	1,591	90%
Unidad de Máxima Urgencia												
Admisiones	23	86	374%	23	72	313%	26	83	319%	72	241	335%
Transferencias	23	78	339%	23	63	274%	26	79	304%	72	220	306%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios												
Admisiones	130	134	103%	127	111	87%	130	117	90%	387	362	94%
Transferencias	130	117	90%	127	111	87%	130	116	89%	387	344	89%

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 72%.

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