



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