



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dirección

INFORME DE EVALUACIÓN
SEGUNDO TRIMESTRE
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2018



Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan
Director del HNNBB

San Salvador, 08 de Agosto de 2018

INTRODUCCION

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es un Hospital de Referencia Nacional para la atención pediátrica, que además de cumplir con su función asistencial realiza una gestión administrativa enfocada a dar respuesta a la demanda de los usuarios internos y externos, y cumplir con los requerimientos ministeriales.

Dentro sus actividades administrativas realiza de conformidad con los lineamientos ministeriales, su Plan Operativo Anual, el cual es un proceso que le permite contar con un instrumento guía para evaluar el funcionamiento del Hospital: El Plan Operativo Anual Institucional 2018 (POAI-2018); en él que 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 Segundo Trimestre del Plan Anual Operativo Institucional 2018.

Cabe destacar que el resultado trimestral obtenido es producto de un proceso de trabajo realizado con todos los involucrados en el desarrollo de la gestión, el cual es dirigido por las Autoridades del Hospital a través del Consejo Estratégico de Gestión y coordinado por la Unidad de Planificación, de tal manera que se pueda contar con la evidencia documental de las actividades programadas, la cual es construida por los responsables para hacer posible el proceso de evaluación y calificación de cada una de las actividades programadas.

El proceso de monitoreo y evaluación, ha sido institucionalizado en el Hospital y es realizado en el Consejo Estratégico de Gestión con los responsables directos de las actividades programadas, quienes dan fe del cumplimiento conforme a la evidencia, la cual es resguardada por cada uno de los responsables de las actividades que se programan en el POAI.

RESUMEN

El informe comprende la Programación de Actividades del 2018, la cual está en concordancia con el Plan del Ministerio de Salud, específicamente con el de la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel; esta programación se presenta con la respectiva evaluación de cada una de las actividades programadas en el trimestre; también se incluye el cumplimiento de la Programación de la Producción.

El informe 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 2018
RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DEL SEGUNDO TRIMESTRE

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
					Programado	Realizado	%		
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil				41%				
1.1.	Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional				41%				
1.1.1	Monitoreo de la Mortalidad en menores de 5 años en los Servicios de Hospitalización de las Enfermedades de vigilancia del MINSAL (Diarrea, Neumonías, Inmaduridad, Asfixia del Nacimiento y sepsis)	80%	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	Informes de Auditoria de Mortalidad	Jefe de Servicios de Hospitalización en coordinación con el apoyo del Comité de Mortalidad	80%	65%	81%	División Médica y Unidad de IEEIS, Unidad de Planificación
1.1.2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	70%	% de adherencia de lavado de manos	Registros del Comité de IAASS	Jefes de Servicio con el apoyo del Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria	70%	28%	41%	Comité de IAASS y Unidad de Planificación

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
1.1.3	Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia)	4	N° de Informes de monitoreo	Registros de Informe en Actas de Sala de Situacional (Registro de Presentación de Informe)	Divisiones Médica y División de Enfermería	1	0	0%	No se contó con la evidencia para evaluar la actividad	División Médica
1.1.4	Implementación de tratamiento con radioterapia en personas con diagnóstico de cáncer que lo requieran	100%	% de cumplimiento de la programación de atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia	Registros de programación y Producción	Coordinador del Centro de Radioterapia					Centro de Radioterapia
1.1.5.	Iniciar el proceso de Trasplante Renales	2	N° de Trasplantes realizados	Registros Estadísticos de Producción	Depto. de Nefrología con el Apoyo de División Médica y Quirúrgica					División Médica y Quirúrgica
2	Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario					64%				
2.1	Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional					100%				

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	
					Programado	Realizado	%			
2.1.1	Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	85%	% de cumplimiento de la Meta	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Departamentos de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Jefes de Especialidades	85%	85%	100%	División Médica y Quirúrgica, Depto. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Sistemas Oficiales: SIMOWS y SPME	
2.1.2	Lograr el cumplimiento de los servicios de Hospitalización conforme a la meta de producción programada	85%	% de cumplimiento de la Meta	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Servicios de Hospitalización	85%	97%	114%	El resultado evidencia que la meta se cumplió en 114% para efectos de evaluación del resultado se considera el cumplimiento esperado de 100%.	División Médica y Quirúrgica, Depto. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Sistemas Oficiales: SIMOWS y SPME
2.2	Resultado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial					33%				
2.2.1.	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Especialidades Médicas	50	Tiempo de Espera en Días	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefe de Depto. de Consulta Externa Médica	50	67	0%	El resultado evidencia que el tiempo no se redujo en relación a la meta	División Médica, Depto. de Consulta Externa Médica
2.2.2	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta Especializada de Cirugía	50	Tiempo de Espera en Días Hábiles	Informe de Tiempo de Espera	Jefe	50	65	0%	El resultado evidencia que el tiempo no se	División de Cirugía y Depto. de Consulta Ext.

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
					Programado	Realizado	%		
								redujo en relación a la meta	Quirúrgica
2.2.3	90	Tiempo de Espera en Días Hábiles	Informe de Tiempo de Espera	Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Con Ext. Qx, Jefes de Especialidades	90	89	99%		División de Cirugía y Depto. de Consulta Ext. Quirúrgica
2.2.4.	10	% de Supervisiones realizadas	Informes de Resultados de Supervisiones realizadas	Equipo de Supervisión Institucional	3	1	33%	La supervisión reportada en el trimestre fue realizada en la Consulta Externa	Dirección
2.3	Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios				60%				
2.3.1	4	Informes de Resultados por Servicio Final	Reportes de Producción final y Distribuida	Jefe de División Diagnóstico	1	1	100%	El informe muestra el índice de uso de Laboratorio y los resultados muestran que se han realizado 0.92 exámenes por consulta, 5 exámenes por atención de emergencia y 29.04 exámenes por egreso	División de Diagnóstico

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
2.3.2	Realizar el monitoreo del índice de uso de Alimentación, Fórmulas, Lavandería, Mantenimiento y Transporte	4	N° de Informes Presentados	Reportes de Producción final y Distribuida	Jefe de División Administrativa	1	0	0%	No se contó con la evidencia para evaluar la actividad	División Administrativa
2.3.3	Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Medicamentos	12	N° de Informes	Informe de monitoreo Presentados	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de Farmacoterapia y Farmacia	3	3	100%	Los informes mensuales son generados del Informe Semanal del Control de Abastecimiento 2018. El resultado del trimestre fue del 86.13%	Departamento de GSTM
2.3.4.	Realizar el monitoreo del cumplimiento de la Política de Ahorro	4	N° de Informes de Resultados del Monitoreo del Ahorro	Informe Presentado	Unidad Financiera Institucional	1	1	100%	El Informe de Ahorro Institucional en el trimestre refleja cero por ciento de ahorro	UFI, Dirección
2.3.5	Monitoreo del Plan para el Uso Racional de antibióticos	3	Informes de Monitoreo y Evaluación del Plan de Uso Racional de Antibióticos	Informes	Comité Farmacoterapia	1	0	0%	No se contó con la evidencia para evaluar la actividad	División Médica y Quirúrgica
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional					83%				
3.1	Resultado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional					83%				

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
3.1.1	Evaluar el Plan de Capacitación Institucional	2	N° de Informes de Resultados	Registros del Depto. de Capacitación	UDP	1	1	100%	El informe evidencia que se de los eventos programados se realizó el 41% del cumplimiento	UDP y Departamento de Capacitación
3.1.2.	Seguimiento de la Implementación de la Gestión por Proceso	4	N° de Informes de Avances de las Fases	Informes presentados	Unidad de Planificación y UOC	1	1	100%	El informe evidencia que de las fases del proceso que incluye 7 actividades, se ha cumplido el 17.9%, pero para obtener el producto esperados solo se ha cumplido el 6.25%, el cual es responsabilidad de las dependencias del Hospital	Unidad de Planificación
3.1.3.	Implementar Guías Terapéuticas	1	Informe de implementación	Guías Clínicas Elaboradas	Jefes de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica	1	0.5	50%	Se presentaron y entregaron en el C.E.G. las Guías Terapéuticas de Cirugía	División Médica y Quirúrgica
4	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad					100%				

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
4.1	Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad					100%				
4.1.1	Evaluación de la Satisfacción de Atención de los pacientes	1	Informes con Resultados de la Evaluación	Informes de Evaluación de la Calidad de Atención Asistencial	Jefe de la UOC apoyado por los Jefes de División Médica, Quirúrgica, Enfermería y Comité de Auditoría del Desempeño Médico					UOC
4.1.2.	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	4	Informes de Resultados de los estándares	Informes y Presentación	Unidad Organizativa de la Calidad con el Apoyo de la UEES y Divisiones Médica, Quirúrgica y de Enfermería	1	1	100%		UOC y Sistema Oficial
4.1.3	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	1	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	Informe de Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Dirección con el apoyo y coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad					UOC

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
4.1.4	Fortalecer la investigación institucional con enfoque a los problemas sanitarios hospitalarios	5	Numero de Estudios de Investigación realizados	Documentos entregados	UDP					UDP
4.1.5	Monitoreo de funcionamiento de los Comités	4	N° de Informes de Monitoreo	Informes Presentados por los Comités a la UOC	UOC con apoyo de Dirección	1	1	100%		UOC
4.1.6	Identificar las necesidades de recursos de infraestructura y equipamiento esencial para la atención especializada de personas afectadas por violencia en todas sus formas	1	Informe del proceso de Identificación de necesidades	Informes presentados	Departamento de Pediatría Social con el Apoyo de la Unidad de Planificación	1	1	100%		Pediatría Social
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional					54%				
5.1	Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias					54%				
5.1.1	Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional	4	N° de Monitoreos	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.	Monitoreo del cumplimiento de evaluación de Planes Anuales Operativos Específicos de las dependencias del Hospital	100%	% de Dependencias que cumplieron	Informe de Control de entregas	Jefes de División en coordinación con la Unidad de Planificación	100%	19%	19%	La evaluación de la actividad incluye la información recibida al 19-07-2018	Unidad de Planificación

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
5.1.3.	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	12	N° de Informes de Indicadores	Informes mensual enviados al MINSAL	Unidad de EESIS y la Unidad de Planificación en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	3	3	100%		Unidad de Planificación
5.14.	Evaluación de la gestión de los Servicios Asistenciales en la Sala Situacional	8	N° Evaluaciones realizadas	Actas de reunión	Jefes de UEEIS y Jefaturas de División y Servicios	2	1	50%		Unidad de EEIS
5.1.6.	Evaluación de los resultados del Sistema PERC	4	N° de Evaluaciones	Resultados del Sistema y Acta de Reunión de Evaluación	Equipo de Trabajo de Costeo	1	0	0%	No se contó con la información para evaluar la actividad	Dirección
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					0				
6.1.	Resultado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente					0				
6.1.1	Presentación de Informe de cumplimiento de Valoración de Riesgos	100%	% de Dependencias que cuentan con la Valoración de Riesgo	Informe Consolidado de Cumplimiento	Jefes de División y Departamento en coordinación con la Unidad de Planificación					Unidad de Planificación

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	
					Programado	Realizado	%			
6.1.2.	Realización de Simulacro de Emergencia	2	Informe de Simulacro Realizados	Informe del Simulacro	UOC a través del Comité de Emergencia y Desastres	1	0	0%	Esta actividad se reprogramará para el 3° Trimestre	UOC
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano				100%					
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano				100%					
7.1.1.	Rediseñar e Implementar el Plan de Desarrollo del Recurso Humano	3	Informes de Resultados	Cumplimiento de la Programación de Implementación del Plan	Departamento de Recursos Humanos	1	1	100%	El Plan rediseñado se presentó en el C.E.G. del 24 de julio del 2018.	Departamento de Recursos Humanos
7.1.2	Elaborar el Diagnóstico de Carga Laboral para el personal médico y enfermería	1	Informe de Resultados del Diagnóstico	Respaldo Documental del Diagnóstico	Departamento de Recursos Humanos					Departamento de Recursos Humanos
7.1.3	Curso de Formación Gerencial	1	Curso gerencial realizado	Programación de capacitaciones Listas de Asistencia	UDP, Planificación, UOC	1	0	0%	Esta actividad se reprogramará para el 3° Trimestre	Departamento de Capacitación
8	Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información				100%					
8.1.	Resultado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa				100%					

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
8.2	Monitoreo de la generación de la Información Estadística	4	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	Informes de Control Estadísticos	Unidad de EEIS	1	1	100%	El porcentaje de Dependencias que cumplieron oportunamente en el trimestre fue de 64.84	Unidad de EEIS
Calificación de los Objetivos Estratégicos						77%				
Calificación de Resultados Esperados						75%				

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

Compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados

Período evaluado: De abril a junio de 2018

N° Corr	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	1.1. Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional	41%	El resultado esperado tiene una baja calificación debido a que el monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles, ya que se calificó con cero por no contarse con la evidencia documental que respalde su cumplimiento y además, porque en la actividad del porcentaje de adherencia al lavado de Manos no se alcanzó la meta esperada y su evaluación fue del 28% de cumplimiento.	La Dirección entregará el informe de resultados del PAOI del 2° Trimestre en la reunión del C.E.G. programado para el 14-08-2018 para que los responsables, establezcan las acciones que permitan cumplir y lograr el resultado y los productos esperados.	Agosto	Jefe de División Médica con el apoyo de la División de Enfermería

N° Corr	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	2.1.	Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional	100%	Las actividades programadas en este resultado muestran el cumplimiento de la programación de la producción asistencial (Consultas y Egresos)			
3	2.2.	Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión Institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial	33%	El resultado esperado se ha visto afectado por el Incremento en las ausencias y disminución del monitoreo de la gestión asistencial, ya que el tiempo de espera para Cita de primera vez tanto en especialidades médicas como quirúrgicas se ha incrementado, además no se ha podido cumplir con la programación del Plan de Supervisión	Los Jefes de División Médica y Quirúrgica giraran instrucciones a los Jefes de Consulta Externa para que establezcan un Plan de Mejora que permita reducir los Tiempos de Espera en la Consulta y que incluya el monitoreo y seguimientos de la gestión.	Agosto	Jefes de Consulta Externa Médica y Quirúrgica con el Apoyo de la Jefatura Inmediata Superior
4	2.3.	Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	60%	El resultado esperado se ha visto afectado porque 2 de las actividades que incluye se han evaluado con cero, debido a que no se contó con la evidencia documental que compruebe su cumplimiento.	La Dirección entregará el informe de resultados del PAOI del 2° Trimestre en la reunión del C.E.G. programado para el 14-08-2018 para que los responsables, establezcan las acciones que permitan cumplir y lograr el	Agosto	Jefe de División de Diagnóstico, Jefe de División Administrativa y Coordinador del Comité de Farmacoterapia

N° Corr	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
					resultado y los productos esperados.		
5	3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	83%	El resultado esperado muestra una calificación satisfactoria, ya que el indicador definido para la actividad es contar con los informes; sin embargo, el resultado real que son los productos esperados no se han logrado.	La Dirección entregará el informe de resultados del PAOI del 2° Trimestre en la reunión del C.E.G. programado para el 14-08-2018 para que los responsables, establezcan las acciones que permitan cumplir y lograr el resultado y los productos esperados.	Agosto	Jefes de Unidad y de División
6	4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	100%	Las actividades de este resultado esperado programadas en el 2° trimestre son 3, las cuales se han realizado, pero requirieren monitoreo para evaluar si se están cumpliendo y ayudan a mejorar la gestión del Hospital			

N° Corr	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	5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	54%	La calificación del resultado muestra bajo cumplimiento, esto debido a que dos de las actividades programadas en el trimestre tiene cumplimiento bajo, una es la entrega de los informes de monitoreo de PAO específicos, los cuales no se reciben oportunamente y la otra actividad es la Evaluación de la gestión de los Servicios Asistenciales en Sala Situacional, de los programados solo se ha podido revisar un servicio y debido a la complejidad se ha tenido que desarrollar en varias sesiones de la sala.	La Dirección entregará el informe de resultados del PAOI del 2° Trimestre en la reunión del C.E.G. programado para el 14-08-2018 para que los responsables, establezcan las acciones que permitan cumplir y lograr el resultado y los productos esperados.		
8	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		Este resultado esperado no se ha evaluado en este trimestre, porque la actividad que se había programado se reprograma para el 3° Trimestre			
9	7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	100%	Una de las actividades programadas en este resultado esperado se reprogramó para el 3° trimestre			

N° Corr	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
10	8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	100%	El indicador de evaluación de este resultado permite obtener una calificación satisfactoria, sin embargo es necesario que se realice el seguimiento y establecer acciones de mejora para lograr que el producto de esta actividad este acorde a lo esperado, ya que en el 2° trimestre solo el 64.84% de la información se recibió oportunamente.	La Dirección entregará el informe de resultados del PAOI del 2° Trimestre en la reunión del C.E.G. programado para el 14-08-2018 para que los responsables, establezcan las acciones que permitan cumplir y lograr el resultado y los productos esperados.		
Promedio de Cumplimiento del Trimestre: 75%							

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Unidad de Planificación

Informe de Monitoreo de Cumplimiento de Metas de Producción De abril a junio de 2018

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS DE HOSPITALIZACION												
Sub Especialidades Médicas	447	429	96%	461	462	100%	447	413	92%	1355	1304	96%
Hematología Pediátrica	68	50	74%	70	70	100%	68	49	72%	206	169	82%
Infectología Pediátrica	125	143	114%	128	126	98%	125	124	99%	378	393	104%
Medicina Interna Pediátrica	61	65	107%	63	82	130%	61	61	100%	185	208	112%
Nefrología Pediátrica	21	25	119%	22	22	100%	21	27	129%	64	74	116%
Neonatología	45	46	102%	46	47	102%	45	37	82%	136	130	96%
Oncología Pediátrica	127	100	79%	132	115	87%	127	115	91%	386	330	85%
Sub Especialidades de Cirugía	520	496	95%	538	518	96%	520	531	102%	1578	1545	98%
Cirugía Pediátrica	171	186	109%	177	218	123%	171	245	143%	519	649	125%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	69	71	103%	71	75	106%	69	58	84%	209	204	98%
Neurocirugía Pediátrica	89	95	107%	92	84	91%	89	84	94%	270	263	97%
Oftalmología Pediátrica	66	38	58%	68	33	49%	66	44	67%	200	115	58%
Otorrinolaringología Pediátrica	56	22	39%	58	29	50%	56	41	73%	170	92	54%
Ortopedia / Traumatología	69	84	122%	72	79	110%	69	59	86%	210	222	106%
Otros Egresos	87	79	91%	90	86	96%	87	79	91%	264	244	92%
Servicios por Contrato	87	79	91%	90	86	96%	87	79	91%	264	244	92%
Total de Egresos	1,054	1,004	95%	1,089	1,066	98%	1,054	1,023	97%	3,197	3,093	97%
PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS DE CONSULTA AMBULATORIA												
Sub Especialidades de Medicina	10,044	8,141	81%	10,546	8,502	81%	10,545	8,544	81%	31,135	25,187	81%

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Alergología / Inmunología	752	766	102%	790	768	97%	790	862	109%	2,332	2,396	103%
Cardiología	680	534	79%	714	525	74%	714	559	78%	2,108	1,618	77%
CENID	320	261	82%	336	301	90%	336	326	97%	992	888	90%
Dermatología	496	458	92%	521	525	101%	521	520	100%	1,538	1,503	98%
Endocrinología	848	900	106%	890	891	100%	890	886	100%	2,628	2,677	102%
Fisiatría	140	0	0%	147	0	0%	147	0	0%	434	0	0%
Gastroenterología	384	320	83%	403	322	80%	403	311	77%	1,190	953	80%
Hematología	640	547	85%	672	540	80%	672	497	74%	1,984	1,584	80%
Infectología	64	69	108%	67	65	97%	67	67	100%	198	201	102%
Nefrología	388	340	88%	408	319	78%	407	292	72%	1,203	951	79%
Neumología	880	444	50%	924	500	54%	924	479	52%	2,728	1,423	52%
Neurología	928	834	90%	974	819	84%	974	781	80%	2,876	2,434	85%
Nutriología	80	89	111%	84	99	118%	84	107	127%	248	295	119%
Oncología	800	775	97%	840	786	94%	840	763	91%	2,480	2,324	94%
Pediatría General	1,840	1,128	61%	1,932	1,230	64%	1,932	1,288	67%	5,704	3,646	64%
Psiquiatría	704	504	72%	739	591	80%	739	584	79%	2,182	1,679	77%
Reumatología	240	172	72%	252	221	88%	252	222	88%	744	615	83%
Sub Especialidades de Cirugía	4,936	4,706	95%	5,136	4,561	89%	5,135	4,578	89%	15,207	13,845	91%
Anestesiología / Algología	160	129	81%	168	99	59%	168	99	59%	496	327	66%
Cirugía Cardiovascular	40	32	80%	42	28	67%	42	17	40%	124	77	62%
Cirugía General	544	627	115%	571	547	96%	571	591	104%	1,686	1,765	105%
Cirugía Maxilofacial	96	88	92%	101	68	67%	101	97	96%	298	253	85%
Cirugía Neonatal	64	74	116%	67	67	100%	67	71	106%	198	212	107%
Cirugía Oncológica	32	32	100%	34	38	112%	33	37	112%	99	107	108%
Cirugía Plástica	464	308	66%	487	284	58%	487	250	51%	1,438	842	59%
Neurocirugía	296	279	94%	311	284	91%	311	302	97%	918	865	94%
Oftalmología	1,096	1,328	121%	1,151	1,299	113%	1,151	1,199	104%	3,398	3,826	113%

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Ortopedia	576	618	107%	605	663	110%	605	606	100%	1,786	1,887	106%
Otorrinolaringología	944	851	90%	944	886	94%	944	895	95%	2,832	2,632	93%
Urología	624	340	54%	655	298	45%	655	414	63%	1,934	1,052	54%
Sub Total Especialidades Médico-Quirúrgicas	14,980	12,847	86%	15,682	13,063	83%	15,680	13,122	84%	46,342	39,032	84%
Consulta Externa Odontológica	1,012	904	89%	1,063	934	88%	1,063	925	87%	3,138	2,763	88%
Odontológica de primera vez	253	592	238%	266	605	229%	266	637	241%	785	1,834	234%
Odontológica subsecuente	759	312	51%	797	329	49%	797	288	48%	2,353	929	39%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	1,100	1,078	98%	1,332	1,138	85%	1,274	1,222	96%	3,706	3,438	93%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	324	433	134%	517	477	92%	459	586	128%	1,300	1,496	115%
Nutrición	384	298	78%	403	282	70%	403	284	70%	1,190	864	73%
Psicología	392	347	89%	412	379	92%	412	352	85%	1,216	1,078	89%
Total de Consulta Externa	17,092	14,829	87%	18,077	15,135	84%	18,017	15,269	85%	53,186	45,233	85%
Emergencias	1,618	1,827	113%	1,993	1,921	96%	2,078	1,934	93%	5,689	5,682	100%
Cirugía General	980	1,064	109%	1,012	1,017	100%	980	1,107	113%	2,972	3,188	107%
Pediatría Gral.	638	763	120%	981	904	92%	1,098	827	75%	2,717	2,494	92%
PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS DE MEDICINA CRITICA												
Unidad de Emergencia												
Admisiones	1,008	1,223	121%	1,042	1,347	129%	1,008	1,345	133%	3,058	3,915	128%
Transferencias	1,008	568	56%	1,042	600	58%	1,008	594	59%	3,058	1,762	58%
Unidad de Máxima Urgencia												
Admisiones	128	83	65%	132	87	66%	128	77	60%	388	247	64%
Transferencias	128	79	62%	132	79	60%	128	72	56%	388	230	59%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios												
Admisiones	119	74	62%	122	78	64%	119	55	46%	360	207	58%
Transferencias	119	138	116%	122	129	106%	119	109	92%	360	376	104%
PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS DE CIRUGIA MAYOR												

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Electivas para Hospitalización	114	267	234%	188	251	134%	176	220	125%	478	738	154%
Electivas Ambulatorias	108	187	173%	173	180	104%	146	125	86%	427	492	115%
De Emergencia para Hospitalización	309	241	78%	272	240	88%	277	230	83%	858	711	83%
De Emergencia Ambulatoria	35	7	20%	45	18	40%	31	20	65%	111	45	41%
PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS DE LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE												
Hematología	18,249	18,359	101%	18,249	15,626	86%	18,249	17,554	96%	54,747	51,539	94%
Consulta Externa	6,390	5,454	85%	6,390	4,894	77%	6,390	4,880	76%	19,170	15,228	79%
Hospitalización	8,390	6,849	82%	8,390	5,609	67%	8,390	6,802	81%	25,170	19,260	77%
Emergencia	3,469	2,722	78%	3,469	2,423	70%	3,469	2,664	77%	10,407	7,809	75%
Referido / Otros	0	3,334	ND	0	2,700	ND	0	3,208	ND	0	9,242	ND
Inmunología	3,499	7,099	203%	3,499	6,660	190%	3,499	6,723	192%	10,497	20,482	195%
Consulta Externa	1,408	1,137	81%	1,408	1,046	74%	1,408	1,040	74%	4,224	3,223	76%
Hospitalización	1,399	784	56%	1,399	686	49%	1,399	709	51%	4,197	2,179	52%
Emergencia	692	314	45%	692	260	38%	692	323	47%	2,076	897	43%
Referido / Otros	0	4,864	ND	0	4,668	ND	0	4,651	ND	0	14,183	ND
Bacteriología	4,225	4,201	99%	4,225	5,147	122%	4,225	4,715	112%	12,675	14,063	111%
Consulta Externa	493	438	89%	493	397	81%	493	407	83%	1,479	1,242	84%
Hospitalización	2,658	2,580	97%	2,658	3,335	125%	2,658	3,060	115%	7,974	8,975	113%
Emergencia	1,074	1,183	110%	1,074	1,415	132%	1,074	1,248	116%	3,222	3,846	119%
Parasitología	392	357	91%	392	432	110%	392	397	101%	1,176	1,186	101%
Consulta Externa	55	27	49%	55	37	67%	55	47	85%	165	111	67%
Hospitalización	194	194	100%	194	225	116%	194	208	107%	582	627	108%
Emergencia	143	136	95%	143	170	119%	143	142	99%	429	448	104%
Bioquímica	35,352	35,106	99%	35,352	32,407	92%	35,352	33,079	94%	106,056	100,592	95%
Consulta Externa	7,385	7,308	99%	7,385	6,276	85%	7,385	6,319	86%	22,155	19,903	90%
Hospitalización	21,881	19,478	89%	21,881	18,354	84%	21,881	19,181	88%	65,643	57,013	87%

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Emergencia	6,086	4,874	80%	6,086	4,528	74%	6,086	4,338	71%	18,258	13,740	75%
Referido / Otros	0	3,446	ND	0	3,249	ND	0	3,241	ND	0	9,936	ND
Urianálisis	1,685	1,755	104%	1,685	1,778	106%	1,685	1,757	104%	5,055	5,290	105%
Consulta Externa	689	675	98%	689	603	88%	689	567	82%	2,067	1,845	89%
Hospitalización	530	589	111%	530	591	112%	530	576	109%	1,590	1,756	110%
Emergencia	466	491	105%	466	584	125%	466	614	132%	1,398	1,689	121%
Referido / Otros	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND
Banco de Sangre	11,116	12,358	111%	11,116	13,591	122%	11,116	11,461	103%	33,348	37,410	112%
Consulta Externa	4,059	4,072	100%	4,059	4,339	107%	4,059	4,287	106%	12,177	12,698	104%
Hospitalización	6,257	6,975	111%	6,257	7,626	122%	6,257	5,905	94%	18,771	20,506	109%
Emergencia	800	845	106%	800	1,135	142%	800	779	97%	2,400	2,759	115%
Referido / Otros	0	466	ND	0	491	ND	0	490	ND	0	1,447	ND
PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION												
Imagenología												
Radiografías	4,805	4,755	99%	4,805	5,196	108%	4,805	4,734	99%	14,415	14,685	102%
Ultrasonografías	716	688	96%	716	762	106%	716	782	109%	2,148	2,232	104%
Tomografía Axial Computarizada	354	399	113%	354	447	126%	354	363	103%	1,062	1,209	114%
Resonancias Magnéticas Nucleares	89	78	88%	89	88	99%	89	95	107%	267	261	98%
Anatomía Patológica												
Biopsias Otras partes del cuerpo	262	275	105%	262	254	97%	262	299	114%	786	828	105%
Otros Procedimientos Diagnósticos												
Ecocardiogramas	241	165	68%	241	226	94%	241	178	74%	723	569	79%
Electrocardiogramas	252	0	0%	265	0	0%	265	0	0%	782	0	0%
Electroencefalogramas	252	320	127%	265	381	144%	265	373	141%	782	1,074	137%
Tratamiento y Rehabilitación												
Cirugía Menor	477	311	65%	439	285	65%	318	317	100%	1,234	913	74%
Diálisis Peritoneal	365	251	69%	373	315	84%	365	328	90%	1,103	894	81%

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	2,113	2,100	99%	2,113	2,171	103%	2,113	1,977	94%	6,339	6,248	99%
Hemodiálisis	293	578	197%	293	562	192%	293	574	196%	879	1,714	195%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	9,582	0	0%	9,582	0	0%	9,582	0	0%	28,746	0	0%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	22,125	0	0%	22,125	0	0%	22,125	0	0%	66,375	0	0%
Terapias Respiratorias	1,128	13,581	1204%	1,184	16,957	1432%	1,184	15,909	1344%	3,496	46,447	1329%
Trabajo Social												
Casos Atendidos	4,070	4,504	111%	4,273	4,695	110%	4,273	4,693	110%	12,616	13,892	110%
PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS DE SERVICIOS GENERALES												
Alimentación y Dietas												
Hospitalización												
Cirugía	669	550	82%	669	487	73%	669	536	80%	2,007	1,573	78%
Pediatría	5,365	5,197	97%	5,365	5,127	96%	5,365	5,111	95%	16,095	15,435	96%
Otros (Convenios)	368	370	101%	368	469	127%	368	390	106%	1,104	1,229	111%
Lavandería												
Hospitalización												
Cirugía	2,539	3,075	121%	2,539	2,810	111%	2,539	3,398	134%	7,617	9,283	122%
Pediatría	34,646	34,947	101%	34,646	34,201	99%	34,646	40,451	117%	103,938	109,599	105%
Neonatología	5,717	6,831	119%	5,717	7,842	137%	5,717	8,714	152%	17,151	23,387	136%
Otros (Convenios)	2,565	6,423	250%	2,565	7,690	300%	2,565	7,972	311%	7,695	22,085	287%
Consulta												
Consulta Médica Especializada	12,497	2,900	23%	12,497	2,749	22%	12,497	2,670	21%	37,491	8,319	22%
Emergencias												
Emergencias	4,883	2,651	54%	4,883	2,796	57%	4,883	2,515	52%	14,649	7,962	54%
Mantenimiento Preventivo												
Números de Orden	183	114	62%	183	214	117%	183	92	50%	549	420	77%
Transporte												
Kilómetros Recorridos	4,760	3,656	77%	4,760	5,331	112%	4,760			14,280		

Fuente de Datos

Ingreso de programación y datos de producción Migrados e ingresados al SPME.

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 segundo trimestre, el Plan Operativo Anual Institucional 2018, se logró cumplir en un 75%.
4. Que de las actividades programadas en el segundo trimestre del POAI 2018, dos se reprogramaron para realizarse en el 3° trimestre y cinco no se cumplieron, tres por falta de evidencia para su evaluación y dos porque no se logró alcanzar la meta propuesta.

RECOMENDACIONES

1. Que los obstáculos encontrados al evaluar el cumplimiento del Plan, se consideren como oportunidades para mejorar la gestión y los procesos.
2. Se recomienda que las dependencias responsables evalúen el resultado obtenido de las actividades programadas, con el fin de establecer planes que les permitan mejorar el cumplimiento y mejoras en la gestión.



Dr. Alvaro Hugo Salgado Roldan
Director