



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dirección

INFORME DE EVALUACIÓN
TERCER TRIMESTRE
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2018

Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan
Director del HNNBB

San Salvador, 04 de Diciembre 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 Tercer Trimestre del Plan Anual Operativo Institucional 2018.

Cabe destacar que el resultado trimestral obtenido es producto de un proceso de trabajo realizado con 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 informan el resultado conforme a la evidencia presentada, la cual es revisada por el equipo técnico y 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 TERCER TRIMESTRE
(Julio a Septiembre de 2018)

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
					Programado	Realizado	%		
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil				36%				
1.1.	Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional				36%				
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%	55%	69%	División Médica y Unidad de IEAIS, 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%	40%	El resultado es bajo, porque la medición de la adherencia se está haciendo en algunos servicios y para la evaluación se considera que se debe hacer en todos los servicios de hospitalización Comité de IAASS y Unidad de Planificación

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer 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%	En el Informe no se encontró evidencia del cumplimiento de 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					66%				
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	Tercer 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%	86%	101%	El resultado evidencia que la meta se cumplió en 101%; 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 SMPE
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%	93%	109%	El resultado evidencia que la meta se cumplió en 109%; 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					17%				
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	69	0%	El resultado evidencia que el tiempo de espera no se redujo en relación a la meta	División Médica, Depto. de Consulta Externa Médica

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
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	63	0%	El resultado evidencia que el tiempo de espera no se redujo en relación a la meta	División de Cirugía y Depto. de Consulta Ext. Quirúrgica
2.2.3	Reducir los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva	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	92	0%	El resultado evidencia que el tiempo de espera no se redujo en relación a la meta	División de Cirugía y Depto. de Consulta Ext. Quirúrgica
2.2.4.	Cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	10	% de Supervisiones realizadas	Informes de Resultados de Supervisiones realizadas	Equipo de Supervisión Institucional	3	2	67%	La supervisión reportada en el trimestre fue realizada en Farmacia y Servicios por Convenio	Dirección
2.3	Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios					80%				

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
2.3.1	Realizar el Monitoreo del índice de uso de los Servicios de Laboratorio, Radiología y Farmacia	4	Informes de Resultados por Servicio Final	Reportes de Producción final y Distribuida	Jefe de División Diagnóstico	1	1	100%	El informe muestra un índice de uso de Laboratorio muestra que se están realizando 30.87 exámenes por egreso y 4.36 por D.C.O., 0.88 por consulta, 4.9 exámenes por atención de emergencia. El índice de Uso de Rx es de 0.95. No se cuenta con evidencia para obtener el índice de uso de Farmacia.	División de Diagnóstico
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	1	100%	El informe de muestra un índice de uso de raciones de Alimentación y Dietas por Egreso de 6.14 y por día cama es de 0.87. De Lavandería es de 50.56 libras por egreso y de	División Administrativa

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
									7.13 libras por D.C.O	
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 un 9.7% 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					100%				
3.1	Resultado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional					100%				
3.1.1	Evaluar el Plan de Capacitación Institucional	2	N° de Informes de Resultados	Registros del Depto. de Capacitación	UDP					UDP y Departamento de Capacitación

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
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 17.85%, 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					División Médica y Quirúrgica
4	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad					67%				
4.1	Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad					67%				

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
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	1	0	0%	No se contó con la evidencia para evaluar la actividad	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%	El informe de Resultados fue presentado en la Reunión del C.E.G. del 25-09-2018	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
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

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
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%	La evidencia documental se encuentra en la UOC	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					Pediatría Social
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional					46%				
5.1	Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias					46%				
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%	El informe de Resultados Considerado en esta Evaluación es el del 2° Trimestre 2017	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%	32%	32%	El resultado de la evaluación de esta actividad, el conforme al informe realizado al 31-10-2018	Unidad de Planificación

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer 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%	El informe de Resultados para evaluar esta actividad, son los informes mensuales,	Unidad de Planificación
5.1.4.	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	0	0%	No se cuenta con la evidencia para realizar su evaluación	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 oportunidad de la información en el Sistema para realizar la Evaluación	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	Tercer 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%	No se cumplió con la actividad	UOC
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano					67%				
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano					67%				
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%	Se evaluó la Actividad en Reunión del C.E.G. del 24-julio-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	1	1	100%	Se evaluó la Actividad en Reunión del C.E.G. del 24-julio-2018.	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%	Viene reprogramada del trimestre anterior, y no se pudo cumplir	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	Tercer 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 44.71	Unidad de EEIS
Calificación de los Objetivos Estratégicos						60%				
Calificación de Resultados Esperados						61%				

Hospital: Nacional de Niños Benjamín Bloom
Plan Operativo Anual
Año 2018

Compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados

Período evaluado: De julio a septiembre 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	36%	De las actividades que comprende este resultado esperado no se logró la meta esperada debido a que una de las actividades no se pudo evaluar, por no contar con la evidencia documental. En otra de las actividades alcanzó solo el 40% de cumplimiento	Se solicitará a los responsables de las actividades que establezcan su Plan de Mejora	Diciembre	Jefe de División Médica con el apoyo de la División de Enfermería
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)			

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
3	2.2.	Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión Institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial	17%	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.	Diciembre	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	80%	El resultado esperado se ha visto afectado porque una de las actividades que incluye se ha evaluado con cero, debido a que no se contó con la evidencia documental que compruebe su cumplimiento.	El Responsable de la Actividad deberá establecer las acciones necesarias para que se dé cumplimiento	Diciembre	Coordinador del Comité de Farmacoterapia
5	3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	100%	Las actividades de este resultado se cumplieron conforme a lo planeado			

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
6	4.1. Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	67%	El resultado esperado se ha visto afectado porque una de las actividades que incluye se han evaluado con cero, debido a que no se contó con la evidencia documental para poder evaluar su cumplimiento	Se girará indicación para que se genere la información que respalde el cumplimiento de la actividad	Diciembre	Dirección
7	5.1. Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	46%	Dos de las actividades programadas en el trimestre no se pudieron cumplir y una que es el monitoreo de PAO de la dependencias, tiene cumplimiento bajo	Se solicitará a los responsables de las actividades que establezcan su Plan de Mejora	Diciembre	Todas las Jefaturas
8	6.1 Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuido y protección del medio ambiente	0%	No se cumplió con la actividad	Se girará indicación para que se genere la información que respalde el cumplimiento de la actividad	Diciembre	Dirección
9	7.1 Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	67%	Una de las actividades que viene reprogramada del trimestre anterior no se pudo cumplir	Se evaluará la posibilidad de incluirla en el PAOI 2019	Diciembre	Dirección

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%	Las actividades de este resultado se cumplieron conforme a lo planeado			
Promedio de Cumplimiento del Trimestre: 61%							

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Unidad de Planificación

Informe de Monitoreo de Cumplimiento de Metas de Producción De julio a septiembre de 2018

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
HOSPITALIZACION												
Sub Especialidades de Pediatría	453	481	106%	448	445	99%	447	442	99%	1348	1368	101%
Hematología Pediátrica	70	84	120%	70	65	93%	68	62	91%	208	211	101%
Infectología Pediátrica	120	143	119%	115	116	101%	125	131	105%	360	390	108%
Medicina Interna Pediátrica	63	73	116%	63	79	125%	61	67	110%	187	219	117%
Nefrología Pediátrica	22	34	155%	22	24	109%	21	24	114%	65	82	126%
Neonatología	46	37	80%	46	56	122%	45	49	109%	137	142	104%
Oncología Pediátrica	132	110	83%	132	105	80%	127	109	86%	391	324	83%
Sub Especialidades de Cirugía	538	496	92%	538	449	83%	520	445	86%	1596	1390	87%
Cirugía Pediátrica	177	181	102%	177	147	83%	171	183	107%	525	511	97%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	71	65	92%	71	73	103%	69	80	116%	211	218	103%
Neurocirugía Pediátrica	92	99	108%	92	62	67%	89	57	64%	273	218	80%
Oftalmología Pediátrica	68	46	68%	68	48	71%	66	47	71%	202	141	70%
Otorrinolaringología Pediátrica	58	27	47%	58	32	55%	56	25	45%	172	84	49%
Ortopedia / Traumatología	72	78	108%	72	87	121%	69	53	77%	213	218	102%
Otros Egresos	90	88	98%	90	65	72%	87	71	82%	267	224	84%
Servicios por Contrato	90	88	98%	90	65	72%	87	71	82%	267	224	84%
Total de Egresos	1,081	1,065	99%	1,076	959	89%	1,054	958	91%	3,211	2,982	93%
CONSULTA EXTERNA												
Sub Especialidades de Medicina			81%			80%			76%	31,062		79%

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
	11,202	9,105		9,676	7,739		10,184	7,776			24,620	
Alergología / Inmunología	827	952	115%	714	646	90%	752	794	106%	2,293	2,392	104%
Cardiología	748	503	67%	646	488	76%	680	497	73%	2,074	1,488	72%
CENID	352	357	101%	304	281	92%	320	277	87%	976	915	94%
Dermatología	545	525	96%	471	439	93%	496	434	88%	1,512	1,398	92%
Endocrinología	933	911	98%	806	771	96%	848	778	92%	2,587	2,460	95%
Fisiatría	154	0	0%	133	0	0%	140	0	0%	427	0	0%
Gastroenterología	422	349	83%	365	417	114%	384	430	112%	1,171	1,196	102%
Hematología	704	538	76%	608	558	92%	640	546	85%	1,952	1,642	84%
Infectología	70	77	110%	61	59	97%	64	64	100%	195	200	103%
Nefrología	427	364	85%	369	296	80%	388	319	82%	1,184	979	83%
Neumología	968	500	52%	836	466	56%	880	398	45%	2,684	1,364	51%
Neurología	1,021	825	81%	882	744	84%	928	759	82%	2,831	2,328	82%
Nutriología	88	113	128%	76	85	112%	80	82	103%	244	280	115%
Oncología	880	842	96%	760	673	89%	800	709	89%	2,440	2,224	91%
Pediatría General	2,024	1,460	72%	1,748	1,172	67%	1,840	1,082	59%	5,612	3,714	66%
Psiquiatría	775	564	73%	669	444	66%	704	458	65%	2,148	1,466	68%
Reumatología	264	225	85%	228	200	88%	240	149	62%	732	574	78%
Sub Especialidades de Cirugía	5,338	4,933	92%	4,735	4,639	98%	4,936	4,467	90%	15,009	14,039	94%
Anestesiología / Algología	176	128	73%	152	103	68%	160	131	82%	488	362	74%
Cirugía Cardiovascular	44	30	68%	38	26	68%	40	33	83%	122	89	73%
Cirugía General	599	666	111%	517	552	107%	544	572	105%	1,660	1,790	108%
Cirugía Maxilofacial	106	97	92%	91	72	79%	96	77	80%	293	246	84%
Cirugía Neonatal	71	79	111%	60	52	87%	64	61	95%	195	192	98%
Cirugía Oncológica	35	43	123%	30	35	117%	32	35	109%	97	113	116%
Cirugía Plástica	511	277	54%	441	290	66%	464	275	59%	1,416	842	59%

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.									
Neurocirugía	325	296	91%	281	342	122%	296	338	114%	902	976	108%
Oftalmología	1,206	1,307	108%	1,041	1,375	132%	1,096	1,084	99%	3,343	3,766	113%
Ortopedia	634	634	100%	547	594	109%	576	643	112%	1,757	1,871	106%
Otorrinolaringología	944	942	100%	944	804	85%	944	862	91%	2,832	2,608	92%
Urología	687	434	63%	593	394	66%	624	356	57%	1,904	1,184	62%
Sub Total Consulta Externas Médicas	16,540	14,038	85%	14,411	12,378	86%	15,120	12,243	81%	46,071	38,659	84%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	1,297	1,220	94%	1,190	1,088	91%	1,225	1,146	94%	3,712	3,454	93%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	443	493	111%	453	455	100%	449	473	105%	1,345	1,421	106%
Nutrición	423	333	79%	365	259	71%	384	270	70%	1,172	862	74%
Psicología	431	394	91%	372	374	101%	392	403	103%	1,195	1,171	98%
Consulta Externa Odontológica	1,113	1,083	97%	961	842	88%	1,012	982	97%	3,086	3,125	101%
Odontológica de primera vez	278	676	247%	240	569	240%	253	660	261%	771	1,905	247%
Odontológica subsecuente	835	407	59%	721	273	47%	759	322	42%	2,315	1,220	53%
Total Consulta Externas	18,950	16,341	86%	16,562	14,308	86%	17,357	14,371	83%	52,869	45,238	86%
Emergencias	1,960	2,052	105%	1,931	1,967	102%	1,892	1,783	94%	5,783	5,802	100%
Cirugía General	1,012	1,152	114%	1,012	1,097	108%	980	928	95%	3,004	3,177	106%
Pediatría Gral.	948	900	95%	919	870	95%	912	855	94%	2,779	2,625	94%
ACTIVIDAD QUIRURGICA												
Cirugía Mayor	656	641	98%	546	552	101%	561	571	102%	1763	1764	100%
Electivas para Hospitalización	146	240	164%	132	220	167%	197	217	110%	475	677	143%
Electivas Ambulatorias	178	139	78%	117	130	111%	129	143	111%	424	412	97%
De Emergencia para Hospitalización	297	256	86%	266	190	71%	204	206	101%	767	652	85%
De Emergencia Ambulatoria	35	6	17%	31	12	39%	31	5	16%	97	23	24%
MEDICINA CRITICA												

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.									
Observación Emergencia												
Admisiones	1,042	1,309	126%	1,042	1,077	103%	1,008	1,174	116%	3,092	3,560	115%
Transferencias	1,042	596	57%	1,042	502	48%	1,008	517	51%	3,092	1,615	52%
Unidad de Máxima Urgencia												
Admisiones	132	84	64%	132	96	73%	128	97	76%	392	277	71%
Transferencias	132	76	58%	132	89	67%	128	90	70%	392	255	65%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios												
Admisiones	122	58	48%	122	86	70%	119	76	64%	363	220	61%
Transferencias	122	137	112%	122	128	105%	119	130	109%	363	395	109%
LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE												
Hematología	18,249	17,347	95%	18,249	17,007	93%	18,249	17,022	93%	54,747	51,376	94%
Consulta Externa	6,390	5,011	78%	6,390	5,183	81%	6,390	5,044	79%	19,170	15,238	79%
Hospitalización	8,390	6,468	77%	8,390	6,391	76%	8,390	6,461	77%	25,170	19,320	77%
Emergencia	3,469	2,762	80%	3,469	2,544	73%	3,469	2,595	75%	10,407	7,901	76%
Referido / Otros	0	3,106	ND	0	2,889	ND	0	2,922	ND	0	8,917	ND
Inmunología	3,499	7,095	203%	3,499	6,607	189%	3,499	7,502	214%	10,497	21,204	202%
Consulta Externa	1,408	1,175	83%	1,408	997	71%	1,408	1,012	72%	4,224	3,184	75%
Hospitalización	1,399	615	44%	1,399	691	49%	1,399	761	54%	4,197	2,067	49%
Emergencia	692	329	48%	692	264	38%	692	323	47%	2,076	916	44%
Referido / Otros	0	4,976	ND	0	4,655	ND	0	5,406	ND	0	15,037	ND
Bacteriología	4,225	6,064	144%	4,225	4,774	113%	4,225	4,835	114%	12,675	15,673	124%
Consulta Externa	493	612	124%	493	395	80%	493	468	95%	1,479	1,475	100%
Hospitalización	2,658	3,675	138%	2,658	3,178	120%	2,658	2,972	112%	7,974	9,825	123%
Emergencia	1,074	1,777	165%	1,074	1,201	112%	1,074	1,395	130%	3,222	4,373	136%
Referido / Otros	0	0	ND									

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Parasitología	392	395	101%	392	302	77%	392	346	88%	1,176	1,043	89%
Consulta Externa	55	43	78%	55	44	80%	55	41	75%	165	128	78%
Hospitalización	194	224	115%	194	166	86%	194	186	96%	582	576	99%
Emergencia	143	128	90%	143	92	64%	143	119	83%	429	339	79%
Referido / Otros	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND
Bioquímica	35,352	33,241	94%	35,352	32,407	92%	35,352	33,442	95%	106,056	99,090	93%
Consulta Externa	7,385	5,433	74%	7,385	6,276	85%	7,385	5,838	79%	22,155	17,547	79%
Hospitalización	21,881	20,220	92%	21,881	18,354	84%	21,881	19,939	91%	65,643	58,513	89%
Emergencia	6,086	4,750	78%	6,086	4,528	74%	6,086	4,729	78%	18,258	14,007	77%
Referido / Otros	0	2,838	ND	0	3,249	ND	0	2,936	ND	0	9,023	ND
Urianálisis	1,685	1,641	97%	1,685	1,614	96%	1,685	1,718	102%	5,055	4,973	98%
Consulta Externa	689	584	85%	689	652	95%	689	630	91%	2,067	1,866	90%
Hospitalización	530	508	96%	530	493	93%	530	757	143%	1,590	1,758	111%
Emergencia	466	549	118%	466	0	0%	466	331	71%	1,398	880	63%
Referido / Otros	0	0	ND	0	469	ND	0	0	ND	0	469	ND
Total de Laboratorio	63,402	65,783	104%	63,402	62,711	99%	63,402	64,865	102%	190,206	193,359	102%
Consulta Externa	16,420	12,858	85%	16,420	13,547	95%	16,420	13,033	91%	49,260	39,438	80%
Hospitalización	35,052	31,710	185%	35,052	29,273	195%	35,052	31,076	191%	105,156	92,059	88%
Emergencia	11,930	10,295	285%	11,930	8,629	295%	11,930	9,492	291%	35,790	28,416	79%
Referido / Otros	0	10,920	385%	0	11,262	395%	0	11,264	391%	0	33,446	#¡DIV/0!
Banco de Sangre	11,116	12,183	110%	11,116	11,809	106%	11,116	12,470	112%	33,348	36,462	109%
Consulta Externa	4,059	4,375	108%	4,059	4,137	102%	4,059	4,187	103%	12,177	12,699	104%
Hospitalización	6,257	6,410	102%	6,257	6,544	105%	6,257	7,007	112%	18,771	19,961	106%
Emergencia	800	940	118%	800	780	98%	800	950	119%	2,400	2,670	111%
Referido / Otros	0	458	ND	0	348	ND	0	326	ND	0	1,132	ND
DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACION												

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Imagenología												
Radiografías	4,805	4,939	103%	4,805	4,359	91%	4,805	4,398	92%	14,415	13,696	95%
Ultrasonografías	716	767	107%	716	696	97%	716	667	93%	2,148	2,130	99%
Tomografía Axial Computarizada	354	427	121%	354	358	101%	354	233	66%	1,062	1,018	96%
Resonancias Magnéticas Nucleares	89	77	87%	89	35	39%	89	53	60%	267	165	62%
Anatomía Patológica												
Biopsias Otras partes del cuerpo	262	0	0%	262	0	0%	262	245	94%	786	245	31%
Otros Procedimientos Diagnósticos												
Ecocardiogramas	241	199	83%	241	233	97%	241	232	96%	723	664	92%
Electrocardiogramas	277	263	95%	239	237	99%	252	231	92%	768	731	95%
Electroencefalogramas	277	403	145%	239	313	131%	252	322	128%	768	1,038	135%
Tratamiento y Rehabilitación												
Cirugía Menor	341	467	137%	458	395	86%	477	372	78%	1,276	1,234	97%
Diálisis Peritoneal	373	354	95%	355	300	85%	365	350	96%	1,093	1,004	92%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	2,113	2,014	95%	2,113	1,621	77%	2,113	1,687	80%	6,339	5,322	84%
Hemodiálisis	293	600	205%	251	574	229%	293	165	56%	837	1,339	160%
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	1,241	19,589	1578%	1,072	20,025	1868%	1,128	14,556	1290%	3,441	54,170	1574%
Trabajo Social												
Casos Atendidos	4,477	5,142	115%	3,866	4,642	120%	4,070	4,648	114%	12,413	14,432	116%
SERVICIOS GENERALES												
Alimentación y Dietas												
Hospitalización												
Cirugía	669	510	76%	669	527	79%	669	452	68%	2,007	1,489	74%
Pediatría	5,365	5,457	102%	5,365	5,142	96%	5,365	5,056	94%	16,095	15,655	97%

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Otros (Convenios)	368	387	105%	368	355	96%	368	413	112%	1,104	1,155	105%
Lavandería												
Hospitalización												
Cirugía	2,539	2,280	90%	2,539	3,093	122%	2,539	2,505	99%	7,617	7,878	103%
Pediatría	34,646	34,911	101%	34,646	36,037	104%	34,646	32,287	93%	103,938	103,235	99%
Neonatología	5,717	6,625	116%	5,717	7,379	129%	5,717	6,960	122%	17,151	20,964	122%
Otros (Convenios)	2,565	6,919	270%	2,565	4,575	178%	2,565	6,939	271%	7,695	18,433	240%
Consulta												
Consulta Médica Especializada	12,497	3,268	26%	12,497	3,839	31%	12,497	3,111	25%	37,491	10,218	27%
Emergencias												
Emergencias	4,883	2,716	56%	4,883	2,572	53%	4,883	2,605	53%	14,649	7,893	54%
Mantenimiento Preventivo												
Números de Orden	183	88	48%	183	153	84%	183	120	66%	549	361	66%
Transporte												
Kilómetros Recorridos	4,760	3,754	79%	4,760	3,135	66%	4,760	3,341	70%	14,280	10,230	72%

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 Tercer trimestre, el Plan Operativo Anual Institucional 2018, se logró cumplir en un 61%.
4. Que de las actividades programadas en el tercer trimestre del POAI 2018, nueve no se cumplieron.

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