



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Dirección

INFORME DE EVALUACION PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2018

Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan
Director del HNNBB

San Salvador, 22 febrero de 2019

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 2018 (PAOI-2018); en él se establecen los objetivos estratégicos, los resultados esperados y las acciones a cumplir anualmente.

A efecto de evidenciar los resultados del proceso de monitoreo y evaluación, se presenta este informe, en el cual se detallan los resultados obtenidos de la Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional 2018.

Cabe destacar que el producto obtenido es gracias a la coordinación de la Unidad de Planificación y especialmente por 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.

Durante el proceso de evaluación, se realiza la revisión de la evidencia documental que permita el poder calificar el resultado de cada una de las actividades, por lo que se vuelve un proceso participativo que permite fomentar la comunicación y la identificación de posibles áreas de mejoras en pro del no solo del cumplimiento de lo programado sino también de la búsqueda de estrategias que permitan fomentar el desarrollo institucional.

RESUMEN

En el informe se detalla la Programación de Actividades del 2018, 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 cumplimiento anual, con el cual se evidencia el esfuerzo del Hospital por realizar acciones que le permitan 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.

**RESULTADO DE EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2018**

No.		Meta anual	Indicador	Cumplimiento del PAOI		Observación y/o Comentario de la Actividad
				Realizado	%	
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil			46%		
1.1.	Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional			46%		
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	71%	89%	El seguimiento de esta actividad permite evaluar el los aspectos en Proceso de Atención Asistencial que deben mejorarse para reducir la mortalidad infantil
1.1.2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	70%	% de adherencia de lavado de manos	30%	43%	La medición de la adherencia se está realizando en algunos servicios (como muestra), pero para evaluación se considera que se debe hacer en todos los servicios de hospitalización
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	0%	0%	Esta actividad se está realizando, pero no se está construyendo la evidencia, se deberán establecer acciones para que los responsables documenten las acciones y resultados obtenidos.
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	0%	0%	Esta actividad se está realizando, en esta en proceso la construcción de la evidencia.

No.		Meta anual	Indicador	Cumplimiento del PAOI		Observación y/o Comentario de la Actividad
				Realizado	%	
			con radioterapia			
1.1.5.	Iniciar el proceso de Trasplante Renales	2	N° de Trasplantes realizados	3	150%	Se gestionará el recurso necesario para continuar con el Programa de Trasplante, el cual es una necesidad y corresponde al nivel de atención del Hospital
2	Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario			66%		
2.1	Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional			100%		
2.1.1	Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	85%	% de cumplimiento de la Meta	85%	99%	A pesar del cumplimiento de la meta, para lograr la efectividad en el proceso de atención es evaluarlo en función de los tiempos de espera y los recursos disponibles en cada una de las especialidades
2.1.2	Lograr el cumplimiento de los servicios de Hospitalización conforme a la meta de producción programada	85%	% de cumplimiento de la Meta	95%	112%	El cumplimiento de la actividad requiere revisión constante de la capacidad instalada y recursos del proceso asistencial
2.2	Resultado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial			32%		
2.2.1.	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Especialidades Médicas	50	Tiempo de Espera en Días	69	0%	El seguimiento de esta actividad es necesario y para lograr lo esperado se debe establecer un plan de intervención y acciones de mejora
2.2.2	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta Especializada de Cirugía	50	Tiempo de Espera en Días Hábiles	64	0%	El seguimiento de esta actividad es necesario y para lograr lo esperado se debe establecer un plan de intervención y acciones de mejora

No.	Meta anual	Indicador	Cumplimiento del PAOI		Observación y/o Comentario de la Actividad	
			Realizado	%		
2.2.3	Reducir los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva	90	Tiempo de Espera en Días Hábiles	91	101%	El seguimiento de esta actividad es necesario y su seguimiento deberá ser evaluado en concordancia con el resultados de los indicadores de cirugía
2.2.4.	Cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	10	% de Supervisiones realizadas	3	30%	Para lograr el cumplimiento y efectividad de esta actividad, se debe revisar el Plan de Supervisión y reajustar la composición del Equipo Evaluador
2.3	Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios			65%		
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	2	50%	Para garantizar la efectividad de esta actividad es necesario evaluar el resultado del informe y realizar las acciones necesarias en los servicios de Hospitalización
2.3.2	Realizar el monitoreo del índice de uso de Alimentación, Fórmulas, Lavandería , Mantenimiento y Transporte	4	N° de Informes Presentados	3	75%	Para garantizar la efectividad de esta actividad es necesario evaluar el resultado del informe y realizar las acciones necesarias en los servicios
2.3.3	Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Medicamentos	12	N° de Informes	12	100%	Para garantizar la efectividad de esta actividad es necesario evaluar el resultado del informe y realizar las acciones que permitan realizar los ajustes y acciones que sean necesarias
2.3.4.	Realizar el monitoreo del cumplimiento de la Política de Ahorro	4	N° de Informes de Resultados del Monitoreo del Ahorro	4	100%	Para garantizar la efectividad de esta actividad es necesario evaluar el resultado del informe y realizar las acciones que permitan realizar los ajustes y acciones que sean necesarias

No.		Meta anual	Indicador	Cumplimiento del PAOI		Observación y/o Comentario de la Actividad
				Realizado	%	
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	0	0%	Para el cumplimiento de esta actividad es necesario construir la evidencia, se deberán establecer acciones para que los responsables documenten las acciones y resultados obtenidos.
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional			75%		
3.1	Resultado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional			75%		
3.1.1	Evaluar el Plan de Capacitación Institucional	2	N° de Informes de Resultados	2	100%	Para garantizar la efectividad de esta actividad es necesario evaluar el resultado del informe y realizar las acciones necesarias
3.1.2.	Seguimiento de la Implementación de la Gestión por Proceso	4	N° de Informes de Avances de las Fases	3	75%	Para garantizar la efectividad de esta actividad es necesario evaluar el resultado del informe y realizar las acciones necesarias
3.1.3.	Implementar Guías Terapéuticas	1	Informe de implementación	0.5	50%	Para garantizar la efectividad de esta actividad es necesario evaluar el resultado del informe y realizar las acciones necesarias
4	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad			83%		
4.1	Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad			83%		
4.1.1	Evaluación de la Satisfacción de Atención de los pacientes	1	Informes con Resultados de la Evaluación	0	0%	Para garantizar la efectividad de esta actividad es necesario evaluar el resultado del informe y realizar las acciones necesarias

No.		Meta anual	Indicador	Cumplimiento del PAOI		Observación y/o Comentario de la Actividad
				Realizado	%	
4.1.2.	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	4	Informes de Resultados de los estándares	4	100%	Para garantizar la efectividad de esta actividad es necesario evaluar el resultado del informe y realizar las acciones necesarias
4.1.3	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	1	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	1	100%	Esta actividad es necesaria porque permite realizar una evaluación con enfoquen sistémico de condiciones trazadoras en el Hospital
4.1.4	Fortalecer la investigación institucional con enfoque a los problemas sanitarios hospitalarios	5	Numero de Estudios de Investigación realizados	14	280%	Se deberá reajustar la Meta
4.1.5	Monitoreo de funcionamiento de los Comités	4	N° de Informes de Monitoreo	4	100%	Para garantizar la efectividad de esta actividad es necesario evaluar el resultado del trabajo de los Comités
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	1	100%	Para garantizar la efectividad de esta actividad es será necesario evaluar el resultado del informe a fin de realizar el seguimiento
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional			58%		
5.1	Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias			58%		
5.1.1	Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional	4	N° de Monitoreo	4	100%	El seguimiento permite evaluar el avance de la planificación Institucional

No.		Meta anual	Indicador	Cumplimiento del PAOI		Observación y/o Comentario de la Actividad
				Realizado	%	
5.1.2.	Monitoreo del cumplimiento de evaluación de Planes Anuales Operativos Específicos de las dependencias del Hospital	100%	% de Dependencias que cumplieron	53%	53%	El seguimiento permite evaluar el funcionamiento y gestión de las dependencias en función de lo planificado
5.1.3.	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	12	N° de Informes de Indicadores	12	100%	Permite medir el grado de avance de la gestión en función del resultado de los indicadores
5.1.4.	Evaluación de la gestión de los Servicios Asistenciales en la Sala Situacional	8	N° Evaluaciones realizadas	1	13%	Permite realizar el análisis y uso de la información producida en los servicios, para que se identifiquen los problemas en salud, sus determinantes y aplicar las intervenciones costo y efectivas mejor sustentadas, para reorientar los servicios de salud hacia la atención de las prioridades identificadas a fin de mejorar las condiciones de salud y de vida de la población con calidad y equidad
5.1.6.	Evaluación de los resultados del Sistema PERC	4	N° de Evaluaciones	1	25%	Permite realizar el análisis y uso de la información de Producción, Eficiencia, Rendimiento y Costos de los servicios del Hospital
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			69%		
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			69%		

No.	Meta anual	Indicador	Cumplimiento del PAOI		Observación y/o Comentario de la Actividad	
			Realizado	%		
6.1.1	Presentación de Informe de cumplimiento de Valoración de Riesgos	100%	% de Dependencias que cuentan con la Valoración de Riesgo	69%	69%	Permite evaluar si las dependencias realizan la actividad y la utilizan como una herramienta fundamental para la prevención de daños a la salud y la seguridad de los trabajadores
6.1.2.	Realización de Simulacro de Emergencia	2	Informe de Simulacro Realizados	0	0%	Es una actividad de prevención, necesaria para la preparación ante situaciones de desastres o emergencias
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano			56%		
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano			56%		
7.1.1.	Rediseñar e Implementar el Plan de Desarrollo del Recurso Humano	3	Informes de Resultados	2	67%	Es una actividad necesaria para promover el desarrollo del recursos humano en función de las necesidades y objetivos del Hospital
7.1.2	Elaborar el Diagnóstico de Carga Laboral para el personal médico y enfermería	1	Informe de Resultados del Diagnóstico	1	100%	Es necesario para redistribuir el recursos acorde a la oferta de servicios y en concordancia con los recursos disponibles
7.1.3	Curso de Formación Gerencial	1	Curso gerencial realizado	0	0%	Se debe desarrollar, especialmente para los que desempeñan funciones gerenciales, a fin de contar con recurso mejora calificado
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	Cumplimiento del PAOI		Observación y/o Comentario de la Actividad
				Realizado	%	
8.2	Monitoreo de la generación de la Información Estadística	4	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	4	100%	Para garantizar la efectividad de esta actividad es necesario evaluar el resultado del informe y realizar las acciones necesarias
Promedio de Cumplimiento de Objetivos Estratégicos				69%		
Promedio de Cumplimiento de Resultados Esperados				68%		

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Plan Operativo Anual
Año 2018

Compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados

Período evaluado: De Enero a diciembre de 2018

	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	46%%	De las actividades programadas para este resultado, no se ha podido lograr el cumplimiento esperado, ya que una de las actividades que incluye es el porcentaje de adherencia al lavado de manos, al cual se le estimo una meta estimada alta, porque se esperaba cubrir con los recursos de enfermería de los servicios, pero como este es limitado y tiene otras funciones, no se pudo realizar como se planeó el monitoreo permanente. También dos actividades no se pudieron cumplir por carga laboral emergente y otros aspectos relacionados con las actitud que requieren atención	En el 2019 se seguirá trabajando para y ser realizaran acciones para lograr el involucramiento del personal de los servicios, en el proceso de supervisión y en la generación de la evidencia.	2019	Coordinador de Comité de IASS Jefaturas de División Médica, Quirúrgica y de Enfermería y Jefes de Servicios de Hospitalización

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
2.1.	Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional	100%	Este resultado incluye dos actividades que es cumplimiento de las Metas de producción de los Servicios Finales de Consulta Externa y Hospitalización, aunque su logro es el esperado, es necesario evaluar el resultado de cada servicio y especialidad en relación a los indicadores de gestión	<ul style="list-style-type: none"> Incluir en la Sala Situacional la Evaluación de los Resultados 	2019	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de Epidemiología Estadística e Información en Salud con el apoyo de los Jefes de División Médica, Quirúrgica y de Enfermería
2.2.	Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial	32%	El resultado se vio afectado por el no cumplimiento de tres actividades de 4 que incluye. Dos de las actividades no cumplidas es la disminución de los tiempos de espera para la consulta de primera vez, en las especialidades médicas y quirúrgicas, lo cual no se logró entre otras razones por las ausencias de recursos y pacientes. Otra de las actividades no cumplidas es el Plan de Supervisión, el cual no se logró debido a la carga laboral del equipo designado	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar plan de mejora en función de los recursos disponibles Reajustar el Plan de supervisión Evaluar la composición del Equipo de Supervisión 	2019	<ul style="list-style-type: none"> Jefes de Departamento de Consulta Externa y Quirúrgica Dirección
2.3.	Optimizar la utilización de los servicios de apoyo	65%	El cumplimiento de este resultado no se logró como se esperaba, debido a que una de las actividades no se cumplió y para la evaluación de otras actividades no se contó con la	<ul style="list-style-type: none"> Establecer mecanismos de control para generar la evidencia que respalde el 	2019	<ul style="list-style-type: none"> Jefatura de División de Diagnóstico y de Administración Comité de Farmacoterapia

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
			evidencia para evaluar en algunos trimestres.	cumplimiento		
3.1	Elaborar y/o Actualizar Documentos Normativos y de Funcionamiento Institucional	75%	De las tres actividades contenidas en este resultado dos no se cumplieron como se esperaba, hace falta reorganizar el trabajo y mayor compromiso e involucramiento	<ul style="list-style-type: none"> Plan de Mejora Concientizar 	2019	<ul style="list-style-type: none"> Dirección Jefaturas Unidad de Planificación
4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	83%	El resultado esperado fue una actividad no se cumplió, debido a la saturación de trabajo del responsable de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> Reorganización del Trabajo Mejorar la Planificación de las Actividades 	2019	Unidad Organizativa de la Calidad con el apoyo de la Dirección
5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	58%	De las actividades contenidas en este resultado, en tres no se logró lo esperado, por falta de seguimiento y compromiso y en algunos casos por saturación de trabajos emergentes	<ul style="list-style-type: none"> Establecer medidas de control Elaborar Plan de intervención 	2019	<ul style="list-style-type: none"> Dirección Jefe 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	69%	Las dos actividades contenidas en el resultado no se lograron cumplir, en algunos casos por falta de seguimiento y otros por saturación de trabajos emergentes.	<ul style="list-style-type: none"> Reorganización del Trabajo Mejorar la Planificación de las Actividades Elaborar Plan de Intervención 	2019	<ul style="list-style-type: none"> Jefes de División con el apoyo de la Dirección Unidad Organizativa de la Calidad con el apoyo de la Dirección Unidad de Planificación

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	56%	De las tres actividades contenidas en el resultado, dos no se cumplieron, una entre otras razones saturación de trabajo emergente y por falta de interés. La otra actividad no se cumplió por falta de recurso capacitado para desarrollar la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Reorganización del trabajo • Implementar un Plan de Capacitación y Concientización • Gestión de apoyo externo 	2019	<ul style="list-style-type: none"> • Jefatura de Recursos Humanos con el apoyo de la Dirección • Departamento de Capacitación • Unidad de Planificación
8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	100%	Aunque la actividad se logró en un 100%, es indispensable evaluar el resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el contenido del informe para establecer el plan de intervención 	2019	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Epidemiología Estadística e Información en Salud con el apoyo de las Jefaturas
Promedio de Cumplimiento Anual: 68%						

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN TRIMESTRAL

No.	Meta anual	Indicador	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			
			Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil		49%			41%			36%			59%			
1.1.	Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional		49%			41%			36%			59%			
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	80%	93%	116%	80%	65%	81%	80%	55%	69%	80%	72%	90%
1.1.2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	70%	% de adherencia de lavado de manos	70%	33%	47%	70%	28%	41%	70%	28%	40%	70%	31%	44%
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	Nº de Informes de monitoreo	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%
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	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%

No.	Meta anual	Indicador	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			
			Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
1.1.5.	Iniciar el proceso de Trasplante Renales	2	N° de Trasplantes realizados	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2	3	150%
2	Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario			67%			64%			66%			59%		
2.1	Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional			100%			100%			100%			98%		
2.1.1	Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	85%	% de cumplimiento de la Meta	85%	85%	100%	85%	85%	100%	85%	86%	101%	85%	82%	96%
2.1.2	Lograr el cumplimiento de los servicios de Hospitalización conforme a la meta de producción programada	85%	% de cumplimiento de la Meta	85%	95%	112%	85%	97%	114%	85%	93%	109%	85%	96%	113%
2.2	Resultado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial			25%			33%			17%			0%		
2.2.1.	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Especialidades Médicas	50	Tiempo de Espera en Días	50	72	0%	50	67	0%	50	69	0%	50	69	0%
2.2.2	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta Especializada de Cirugía	50	Tiempo de Espera en Días Hábiles	50	55	0%	50	65	0%	50	63	0%	50	74	0%
2.2.3	Reducir los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva	90	Tiempo de Espera en Días Hábiles	90	81	111%	90	89	99%	90	92	0%	90	101	0%
2.2.4.	Cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	10	% de Supervisiones realizadas	2	0	0%	3	1	33%	3	2	67%	2	0	0%
2.3	Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios			75%			60%			80%			80%		
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	1	0	0%	1	0	0%	1	1	100%	1	1	100%

No.	Meta anual	Indicador	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			
			Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
2.3.2	Realizar el monitoreo del índice de uso de Alimentación, Fórmulas, Lavandería , Mantenimiento y Transporte	4	N° de Informes Presentados	1	1	100%	1	0	0%	1	1	100%	1	1	100%
2.3.3	Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Medicamentos	12	N° de Informes	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%
2.3.4.	Realizar el monitoreo del cumplimiento de la Política de Ahorro	4	N° de Informes de Resultados del Monitoreo del Ahorro	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%
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	0	0	0%	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional			0%			83%			100%			67%		
3.1	Resultado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional			0%			83%			100%			67%		
3.1.1	Evaluar el Plan de Capacitación Institucional	2	N° de Informes de Resultados	0	0	0%	1	1	100%	0	0	0%	1	1	100%
3.1.2.	Seguimiento de la Implementación de la Gestión por Proceso	4	N° de Informes de Avances de las Fases	1	0	0%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%
3.1.3.	Implementar Guías Terapéuticas	1	Informe de implementación	0	0	0%	1	1	50%	0	0	0%	1	0	0%
4	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad			100%			100%			67%			100%		

No.	Meta anual	Indicador	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			
			Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
4.1	Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad		100%			100%			67%			100%			
4.1.1	Evaluación de la Satisfacción de Atención de los pacientes	1	Informes con Resultados de la Evaluación	0	0	0%	0	0	0%	1	0	0%	0	0	0%
4.1.2.	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	4	Informes de Resultados de los estándares	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%
4.1.3	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	1	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	1	1	100%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
4.1.4	Fortalecer la investigación institucional con enfoque a los problemas sanitarios hospitalarios	5	Numero de Estudios de Investigación realizados	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	5	14	280%
4.1.5	Monitoreo de funcionamiento de los Comités	4	Nº de Informes de Monitoreo	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%
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	0	0	0%	1	1	100%	0	0	0%	0	0	0%
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional		77%			54%			46%			56%			
5.1	Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias		77%			54%			46%			56%			
5.1.1	Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional	4	Nº de Monitoreos	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%

No.	Meta anual	Indicador	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			
			Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
5.1.2.	Monitoreo del cumplimiento de evaluación de Planes Anuales Operativos Específicos de las dependencias del Hospital	100%	% de Dependencias que cumplieron	100%	84%	84%	100%	19%	19%	100%	32%	32%	100%	78%	78%
5.1.3.	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	12	N° de Informes de Indicadores	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%	3	3	100%
5.1.4.	Evaluación de la gestión de los Servicios Asistenciales en la Sala Situacional	8	N° Evaluaciones realizadas	2	0	0%	2	1	50%	2	0	0%	2	0	0%
5.1.6.	Evaluación de los resultados del Sistema PERC	4	N° de Evaluaciones	1	1	100%	1	0	0%	1	0	0%	1	0	0%
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			69%			0%			0%			N/P		
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			69%			0%			0%			N/P		
6.1.1	Presentación de Informe de cumplimiento de Valoración de Riesgos	100%	% de Dependencias que cuentan con la Valoración de Riesgo	100%	69%	69%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
6.1.2.	Realización de Simulacro de Emergencia	2	Informe de Simulacro Realizados	0	0	0%	1	0	0%	1	0	0%	0	0	0%
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano			N/P			100%			67%			0%		
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano						100%			67%			0%		

No.	Meta anual	Indicador	Primer Trimestre			Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			Cuarto Trimestre			
			Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	Programado	Realizado	%	
7.1.1.	Rediseñar e Implementar el Plan de Desarrollo del Recurso Humano	3	Informes de Resultados	0	0	0%	1	1	100%	1	1	100%	1	0	0%
7.1.2	Elaborar el Diagnóstico de Carga Laboral para el personal médico y enfermería	1	Informe de Resultados del Diagnóstico	0	0	0%	0	0	0%	1	1	100%	0	0	0%
7.1.3	Curso de Formación Gerencial	1	Curso gerencial realizado	0	0	0%	1	0	0%	1	0	0%	0	0	0%
8	Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información			100%			100%			100%			100%		
8.1.	Resultado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa			100%			100%			100%			100%		
8.2	Monitoreo de la generación de la Información Estadística	4	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%
Promedio de Cumplimiento de Objetivos Estratégicos				66%			77%			60%			63%		
Promedio de Cumplimiento de Resultados Esperados				66%			75%			61%			62%		

Cumplimiento de Metas de Producción 2018

Actividades	De enero a diciembre de 2018		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
HOSPITALIZACION			
Sub Especialidades de Medicina	5374	5333	99%
Hematología Pediátrica	825	758	92%
Infectología Pediátrica	1,455	1,527	105%
Medicina Interna Pediátrica	742	890	120%
Nefrología Pediátrica	257	289	112%
Neonatología	544	563	103%
Oncología Pediátrica	1,551	1,306	84%
Sub Especialidades de Cirugía	6334	5914	93%
Cirugía Pediátrica	2,082	2,260	109%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	838	882	105%
Neurocirugía Pediátrica	1,085	992	91%
Oftalmología Pediátrica	800	519	65%
Otorrinolaringología Pediátrica	684	358	52%
Ortopedia / Traumatología	845	903	107%
Otros Egresos	1059	900	85%
Servicios por Contrato	1,059	900	85%
Total de Egresos	12,767	12,147	95%
CONSULTA AMBULATORIA			
Sub Especialidades Médicas	122,208	96,227	79%
Alergología / Inmunología	9,024	9,202	102%
Cardiología	8,160	6,168	76%
CENID	3,840	3,229	84%
Dermatología	5,952	5,574	94%
Endocrinología	10,176	9,769	96%
Fisiatría	1,680	0	0%
Gastroenterología	4,608	4,199	91%
Hematología	7,680	6,291	82%
Infectología	768	736	96%
Nefrología	4,656	3,804	82%
Neumología	10,560	5,386	51%

Actividades	De enero a diciembre de 2018		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Neurología	11,136	9,342	84%
Nutriología	960	1,032	108%
Oncología	9,600	8,773	91%
Pediatría General	22,080	14,201	64%
Psiquiatría	8,448	6,084	72%
Reumatología	2,880	2,437	85%
Sub Especialidades Quirúrgicas	59,232	54,808	93%
Anestesiología / Algología	1,920	1,272	66%
Cirugía General	6,528	6,794	104%
Cirugía Cardiovascular	480	368	77%
Cirugía Neonatal	768	757	99%
Cirugía Oncológica	384	435	113%
Cirugía Plástica	5,568	3,478	62%
Cirugía Maxilofacial	1,152	1,005	87%
Neurocirugía	3,552	3,547	100%
Oftalmología	13,152	15,235	116%
Ortopedia	6,912	7,575	110%
Otorrinolaringología	11,328	9,966	88%
Urología	7,488	4,376	58%
Total Consultas Médicas	181,440	151,035	83%
Consulta Externa Odontológica	12,144	11,091	91%
Odontológica de primera vez	3,036	7,290	240%
Odontológica subsecuente	9,108	3,801	42%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	14,482	13,235	91%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	5,170	5,520	107%
Nutrición	4,608	3,329	72%
Psicología	4,704	4,386	93%
Total consulta Externa	208,066	175,361	84%
Emergencias	23,163	22,471	97%
Cirugía General	11,919	12,019	101%
Pediatría Gral.	11,244	10,452	93%
Total Consulta Ambulatoria	231,229	197,832	86%
MEDICINA CRITICA			
Unidad de Emergencia			
Admisiones	12,267	14,417	118%
Transferencias	12,267	6,809	56%
Unidad de Máxima Urgencia			

Actividades	De enero a diciembre de 2018		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Admisiones	1,555	1,063	68%
Transferencias	1,555	986	63%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios			
Admisiones	1,441	853	59%
Transferencias	1,441	1,553	108%
CIRUGIA MAYOR			
Cirugía Mayor	7,230.00	7,807.00	108%
Electivas para Hospitalización	2,276	3,063	135%
Electivas Ambulatorias	1,655	1,752	106%
De Emergencia para Hospitalización	2,888	2,818	98%
De Emergencia Ambulatoria	411	174	42%
SERVICIOS INTERMEDIOS DIAGNOSTICOS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION			
Imagenología			
Radiografías	57,665	54,853	95%
Ultrasonografías	8,596	8,348	97%
Tomografía Axial Computarizada	4,258	4,469	105%
Resonancias Magnéticas Nucleares	1,077	882	82%
Anatomía Patológica			
Biopsias Otras partes del cuerpo	3,153	2,525	80%
Otros Procedimientos Diagnósticos			
Ecocardiogramas	2,898	2,751	95%
Electrocardiogramas	3,024	3,082	102%
Electroencefalogramas	3,024	3,967	131%
Tratamiento y Rehabilitación			
Cirugía Menor	5,249	4,458	85%
Diálisis Peritoneal	4,354	3,866	89%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	25,364	22,408	88%
Hemodiálisis	3,346	5,482	164%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	114,990	1,982	2%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	265,500	20,685	8%
Terapias Respiratorias	13,536	195,358	1443%
Trabajo Social			
Casos Atendidos	48,836	54,127	111%
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre			
Hematología			
Consulta Externa	76,683	60,783	79%
Hospitalización	100,684	79,440	79%

Actividades	De enero a diciembre de 2018		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Emergencia	41,634	32,888	79%
Referido / Otros		36,870	
Inmunología			
Consulta Externa	16,896	12,850	76%
Hospitalización	16,797	7,999	48%
Emergencia	8,313	3,281	39%
Referido / Otros		58,181	
Bacteriología			
Consulta Externa	5,922	4,990	84%
Hospitalización	31,896	35,293	111%
Emergencia	12,897	16,191	126%
Referido / Otros			
Parasitología			
Consulta Externa	661	464	70%
Hospitalización	2,339	2,405	103%
Emergencia	1,726	1,600	93%
Referido / Otros			
Bioquímica			
Consulta Externa	88,629	77,358	87%
Hospitalización	262,582	230,206	88%
Emergencia	73,032	55,114	75%
Referido / Otros		39,057	
Urianálisis			
Consulta Externa	8,273	7,487	90%
Hospitalización	6,371	6,766	106%
Emergencia	5,592	5,639	101%
Referido / Otros		571	
Banco de Sangre			
Consulta Externa	48,719	49,704	102%
Hospitalización	75,089	76,419	102%
Emergencia	9,601	11,050	115%
Referido / Otros		3,944	
SERVICIOS GENERALES			
Alimentación y Dietas			
Hospitalización			
Cirugía	8,028	6,974	87%
Pediatría	64,391	60,292	94%
Otros (Convenios)	4,416	4,518	102%
Lavandería			

Actividades	De enero a diciembre de 2018		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Hospitalización			
Cirugía	30,471	35,377	116%
Pediatría	415,753	428,948	103%
Neonatología	68,615	85,291	124%
Otros (Convenios)	30,785	82,528	268%
Consulta			
Consulta Médica Especializada	149,973	36,573	24%
Emergencias			
Emergencias	58,602	31,795	54%
Mantenimiento Preventivo			
Números de Orden	2,197	1,494	68%
Transporte			
Kilómetros Recorridos	57,120	41,405	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: Cirugía Mayor Electivas para Hospitalización y De Emergencias para Hospitalización (SIMMOW por fecha de intervención).

Programación: Ingreso de datos (SPME).

Producción: Medicina Critica (SEPS2)

CONCLUSIONES

1. Que para garantizar el cumplimiento oportuno de las actividades programadas, es necesario realizar un proceso de Planificación, programación y Monitoreo participativo, el cual debe ser divulgado a todo nivel, de tal manera que se logre concientizar a los responsables de las actividades, 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 establecer un cronograma de fechas de entrega de la información o evidencia del cumplimiento de las actividades programadas.
3. Que es necesario analizar y evaluar oportunamente los resultado del cumplimiento de las actividades y la producción programada, de tal manera que se establezcan los planes o acciones necesarios para mejorar.
4. Que del Plan Anual Operativo Institucional 2018, los objetivos se cumplieron en un 69% los resultados esperados de cada objetivo en un 68%.
5. Que de las actividades programadas en el PAOI 2018, que no se cumplieron como se esperaba, se evaluará su inclusión en el PAOI 2019, definiendo un plan para lograr su realización y cumplimiento de acuerdo a la programación.

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 del HNNBB