



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dirección

INFORME DE EVALUACIÓN
PRIMER TRIMESTRE
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2019

Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan
Director del HNNBB

San Salvador, 22 de Mayo de 2019

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 2019 (POAI-2019); 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 Primer Trimestre del Plan Anual Operativo Institucional 2019.

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 2019, las cuales responden al Plan del Ministerio de Salud, y en concordancia con el Plan de la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel.

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, el cual se manifiesta en el resultado del cumplimiento de la programación de actividades y las Metas de Producción

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.

CONSIDERACIONES PARA LA EVALUACION DEL PLAN ANUAL OPERATIVO 2019

- Para la evaluación del Plan Anual Operativo de Actividades se consideran las actividades programadas en cada período evaluado, las cuales se evalúan y califican en función del indicador definido; la calificación del resultado esperado es el promedio de las calificación de las actividades programadas y el resultado del objetivo estratégico es el promedio de todos los resultados esperados que componen el objetivo; por lo tanto, la calificación final del Plan Anual de Actividades, es el resultado promedio de la calificación de los objetivos estratégicos y de los resultados esperados.
- Para el monitoreo y seguimiento del cumplimiento de Metas de Producción, se utiliza la técnica de colores, también conocido como “semáforo”, presentando rangos que fueron definidos en su momento, por la Unidad de Planificación del Hospital del Bloom y los cuales dan respuesta a lo requerido por la Dirección General de Hospitales del Ministerio de Salud y la Coordinación de Hospitales de tercer nivel, y se realiza de acuerdo al detalle siguiente:

RANGO DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO	REPRESENTACIÓN		
Del 0% al 50%,	Rojo		Crítico. Requiere una urgente evaluación y plan de intervención
Entre el 51% al 85%	Amarillo		Necesita Mejorar. Requiere evaluación para establecer plan de acción
Entre el 85% y el 100%	Verde		Aceptable. Esta dentro del rango esperado
Ponderación mayor al 100%	Morado		Relativamente Crítico. Requiere una urgente evaluación y plan de intervención

LIMITANTES EN LA EJECUCION DEL PLAN ANUAL OPERATIVO

- Adecuado cumplimiento de las metas de producción de los Servicios finales
- La Metas definidas responden a la operatividad en función de los recursos, sin mayor incidencia las demandas de la población y que respondan al componente de desarrollo estratégico del Hospital
- Limitada participación del cuerpo gerencial en la formulación de las actividades y metas.
- Frágil atención de las jefaturas en el proceso de seguimiento para la ejecución del Plan y cumplimiento de metas.

**RESULTADOS DE LA EVALUACION
PRIMER TRIMESTRE
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2019**

**PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES
De enero a marzo de 2019**

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil					31%				
1.1.	Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional					31%				
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%	80%	100%		División Médica y Unidad de IEIS, Unidad de Planificación

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
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%	17%	24%	El resultado es bajo entre otras razones 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
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%	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	100%	0	0%	No se contó con la evidencia para evaluar la actividad	Centro de Radioterapia

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
1.1.5.	Continuar con el Programa de Trasplante Renales	3	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					67%				
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	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Departamentos de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Jefes de Especialidades	85%	88%	104%	El resultado evidencia que la meta se cumplió en 104%, 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
2.1.2	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	División Médica y Quirúrgica, Depto. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Sistemas Oficiales: SIMOWS y SPME

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	
					Programado	Realizado	%			
								cumplimiento esperado de 100%.		
2.2	Resultado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial				0%					
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	72	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	74	0%	El resultado evidencia que el tiempo 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	105	0%	El resultado evidencia que el tiempo 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	2	0	0%	No se contó con la evidencia para evaluar la actividad	Dirección

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
2.3	Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios					100%				
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%		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%		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%		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%		UFI, Dirección
2.3.5	Monitoreo del Plan para el Uso Racional de antibióticos	4	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

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
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
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 el cumplimiento de las etapas del proceso en un 31%	Unidad de Planificación
3.1.3.	Monitoreo de la Implementación de Guías Terapéuticas seleccionadas: Cirugía General e Infectología	2	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					100%				
4.1	Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad					100%				

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer 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	2	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 2018	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	1	1	100%		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	Primer 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%		UOC
4.1.6	Implementación del Plan de Atención Integral 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					61%				
5.1	Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias					61%				
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 4° Trimestre y el anual del 2018	Unidad de Planificación
5.1.2.	Monitoreo del cumplimiento de la realización de la 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%	42%	42%	Para la evaluación de esta actividad se ha considerado el N° de PAOs 2019, presentadas a la Unidad de	Unidad de Planificación

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
									Planificación al 02 de abril de 2019	
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%	Los informes considerados para evaluar esta actividad son los realizados de noviembre y diciembre 2018 y enero 2019	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 contó con la evidencia para evaluar la actividad	Unidad de EEIS
5.1.5.	Evaluación de los resultados del Sistema PERC	2	N° de Evaluaciones	Resultados del Sistema y Acta de Reunión de Evaluación	Equipo de Trabajo de Costeo					Dirección
5.1.6.	Elaboración del Plan Estratégico Institucional 2019-2024	1	Documento Elaborado	Registro del Proceso de Elaboración	Unidad de Planificación					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					72%				
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					72%				

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
6.1.1	Monitoreo del Proceso de Elaboración 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	100%	44%	44%	Se considera para evaluar la actividad el N° de Valoraciones de Riesgo 2019, presentadas a la Unidad de Planificación al 31 de marzo de 2018	Unidad de Planificación
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					UOC
6.1.3.	Desarrollo e Implementación del Plan de Reciclaje de papel y cartón	1	Plan Elaborado	Registro del Proceso de Elaboración	Comité de Gestión Ambiental					
		2	Informes de Ingresos y N° de Libras Recicladas	Registro de Cantidad de papel reciclado y recibos de ingresos por venta	Comité de Gestión Ambiental					

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Primer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
6.1.4.	Monitoreo del Cumplimiento del Plan de Manejo de Desechos Bio-infecciones y comunes	4	Informe de Resultado	Registro de acciones para cumplir con el Plan y actualización del estándar 23	Inspector de Saneamiento	100%	100%	100%		UOC
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano									
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano									
7.1.1.	Elaborar el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos 2019-2023	2	Informes de Resultados del Proceso de Elaboración	Registro del Proceso de Elaboración	Departamento de Recursos Humanos					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					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	Primer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
8.1.1	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 promedio de Dependencias que cumplieron oportunamente en el trimestre fue de 37.1	Unidad de EEIS
Calificación de los Objetivos Estratégicos						76%				
Calificación de Resultados Esperados						74%				

COMPROMISOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS NO ALCANZADOS
Plan Anual Operativo de Actividades 2019

Período evaluado: De enero a marzo de 2019

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	31%	El resultado ha sido afectado por la calificación baja de la actividad relacionada con el % de adherencia al lavado de Manos y el no cumplimiento por falta de evidencia documental del monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles y la implementación de tratamiento con radioterapia en personas con diagnóstico de cáncer que lo requieran	Retomar el monitoreo de cumplimiento de actividades	2 Trimestre	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%				

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	0%	Incremento en las ausencias y disminución del monitoreo de la gestión asistencial	Establecer el Plan de Mejora, que permita reducir los Tiempos de Espera en la Consulta que incluya el monitoreo y seguimientos de la gestión	2° Trimestre	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	100%				
5	3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	100%				
6	4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	100%				
7	5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	61%	Frágil seguimiento de la gestión administrativa por parte de las Jefaturas	Establecer un Plan de Mejora que incluya la aplicación de la normativa vigente	2° Trimestre	Dirección y Jefes de División
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	72%	Frágil seguimiento de la gestión administrativa por parte de las Jefaturas	Establecer un Plan de Mejora que incluya la aplicación de la normativa vigente	2° Trimestre	Dirección y Jefes de División

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
9	7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	Este resultado no fue programado en este trimestre				
10	8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	100%				
Promedio de Cumplimiento del Trimestre:					74%		

RESULTADOS DE LA PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS
De enero a marzo de 2019

Producción y Cumplimiento de Metas en Consulta Ambulatoria

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Especialidades Médicas	10,583	8,291	78%	10,123	7,894	78%	10,626	8,355	79%	31,332	24,540	78%
Alergología / Inmunología	874	812	93%	833	884	106%	874	788	90%	2,581	2,484	96%
Cardiología	756	558	74%	760	517	68%	798	476	60%	2,314	1,551	67%
CENID	336	288	86%	320	259	81%	336	253	75%	992	800	81%
Dermatología	521	522	100%	496	327	66%	521	538	103%	1,538	1,387	90%
Endocrinología	890	911	102%	849	938	110%	890	982	110%	2,629	2,831	108%
Fisiatría	147	0	0%	140	0	0%	147	0	0%	434	0	0%
Gastroenterología	504	417	83%	480	378	79%	504	357	71%	1,488	1,152	77%
Hematología	672	564	84%	640	541	85%	672	542	81%	1,984	1,647	83%
Infectología	67	64	96%	64	50	78%	67	50	75%	198	164	83%
Nefrología	407	361	89%	389	333	86%	407	343	84%	1,203	1,037	86%
Neumología	924	490	53%	880	481	55%	924	480	52%	2,728	1,451	53%
Neurología	974	704	72%	928	632	68%	975	768	79%	2,877	2,104	73%
Nutriología	84	82	98%	80	95	119%	84	90	107%	248	267	108%
Oncología	840	777	93%	800	666	83%	840	736	88%	2,480	2,179	88%
Pediatría General	1,596	1,014	64%	1,520	1,078	71%	1,596	1,200	75%	4,712	3,292	70%
Psiquiatría	739	499	68%	704	488	69%	739	518	70%	2,182	1,505	69%
Reumatología	252	228	90%	240	227	95%	252	234	93%	744	689	93%
Sub especialidades Quirúrgicas	5,083	5,322	105%	4,843	4,817	99%	5,085	4,976	98%	15,011	15,115	101%
Anestesiología / Algología	105	142	135%	100	115	115%	105	115	110%	310	372	120%
Cirugía Cardiovascular	29	35	121%	28	27	96%	29	31	107%	86	93	108%

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Cirugía General	605	701	116%	576	596	103%	605	586	97%	1,786	1,883	105%
Cirugía Maxilofacial	101	108	107%	96	121	126%	101	112	111%	298	341	114%
Cirugía Neonatal	63	69	110%	60	64	107%	63	71	113%	186	204	110%
Cirugía Oncológica	33	36	109%	32	39	122%	34	31	91%	99	106	107%
Cirugía Plástica	441	284	64%	420	262	62%	441	326	74%	1,302	872	67%
Neurocirugía	437	325	74%	416	286	69%	437	310	71%	1,290	921	71%
Oftalmología	1,243	1,518	122%	1,184	1,299	110%	1,243	1,334	107%	3,670	4,151	113%
Ortopedia	470	787	167%	449	767	171%	470	743	158%	1,389	2,297	165%
Otorrinolaringología	958	912	95%	912	873	96%	958	974	102%	2,828	2,759	98%
Urología	598	405	68%	570	368	65%	599	343	57%	1,767	1,116	63%
Sub Total Consulta Ext. Médica	15,666	13,613	87%	14,966	12,711	85%	15,711	13,331	85%	46,343	39,655	86%
Consulta Externa Odontológica	857	1,025	120%	816	969	119%	857	919	107%	2,530	2,913	115%
Odontológica de primera vez	214	640	299%	204	634	311%	214	570	266%	632	1,844	292%
Odontológica subsecuente	643	385	60%	612	335	55%	643	349	54%	1,898	1,069	56%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	1,139	1,187	104%	1,106	1,070	97%	1,139	1,176	103%	3,384	3,433	101%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	442	475	107%	442	426	96%	442	480	109%	1,326	1,381	104%
Nutrición	403	335	83%	384	296	77%	403	282	70%	1,190	913	77%
Psicología	294	377	128%	280	348	124%	294	414	141%	868	1,139	131%
Total Consulta Externa	17,662	15,825	90%	16,888	14,750	87%	17,707	15,426	87%	52,257	46,001	88%
Emergencias	2,135	1,960	92%	1,991	1,786	90%	1,955	1,784	91%	6,081	5,530	91%
Cirugía General	999	887	89%	999	935	94%	999	958	96%	2,997	2,780	93%
Pediatría Gral.	1,136	1,073	94%	992	851	86%	956	826	86%	3,084	2,750	89%
Total Consulta Ambulatoria	19,797	17,785	90%	18,879	16,536	88%	19,662	17,210	88%	58,338	51,531	88%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

Producción: Consulta Externa Médica, Otras Atenciones Consulta Emergencia (SIMMOW).

Producción: Consulta Externa Odontológica (SIMMOW).

Producción y cumplimiento de Metas en Hospitalización

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Sub Especialidades de Medicina	455	403	89%	424	371	88%	456	431	95%	1,335	1,205	90%
Hematología Pediátrica	70	70	100%	64	52	81%	70	75	107%	204	197	97%
Infectología Pediátrica	128	142	111%	116	134	116%	128	116	91%	372	392	105%
Medicina Interna Pediátrica	73	20	27%	66	22	33%	73	73	100%	212	115	54%
Nefrología Pediátrica	22	23	105%	20	16	80%	23	20	87%	65	59	91%
Neonatología	45	47	104%	41	54	132%	45	39	87%	131	140	107%
Oncología Pediátrica	117	101	86%	117	93	79%	117	108	92%	351	302	86%
Sub Especialidades de Cirugía	515	538	104%	501	445	89%	515	473	92%	1,531	1,456	95%
Cirugía Pediátrica	174	190	109%	174	186	107%	174	191	110%	522	567	109%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	71	101	142%	64	67	105%	71	95	134%	206	263	128%
Neurocirugía Pediátrica	95	72	76%	95	66	69%	95	77	81%	285	215	75%
Oftalmología Pediátrica	49	69	141%	49	35	71%	49	29	59%	147	133	90%
Otorrinolaringología Pediátrica	55	34	62%	55	33	60%	55	22	40%	165	89	54%
Ortopedia / Traumatología	71	72	101%	64	58	91%	71	59	83%	206	189	92%
Otros Egresos	90	85	94%	81	83	102%	90	94	104%	261	262	100%
Servicios por Contrato	90	85	94%	81	83	102%	90	94	104%	261	262	100%
Total de Egresos	1,060	1,026	97%	1,006	899	89%	1,061	998	94%	3,127	2,923	93%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

Producción de Egresos Hospitalarios (SIMMOW).

Producción y cumplimiento de Cirugía Mayor

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Cirugía Mayor	773	685	89%	738	629	85%	718	485	68%	2229	1799	81%
Electivas para Hospitalización	342	314	92%	363	276	76%	257	196	76%	962	786	82%
Electivas Ambulatorias	120	119	99%	122	131	107%	121	90	74%	363	340	94%
De Emergencia para Hospitalización	290	235	81%	239	211	88%	312	193	62%	841	639	76%
De Emergencia Ambulatoria	21	17	81%	14	11	79%	28	6	21%	63	34	54%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

Producción de Cirugía Mayor Electivas para Hospitalización y De Emergencias para Hospitalización (SIMMOW por fecha de intervención).

Producción de Cirugía Mayor Electivas Ambulatorias y De Emergencias Ambulatorias (SIMMOW por fecha de egreso).

Producción y cumplimiento de Metas en Medicina Crítica

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Unidad de Emergencia												
Admisiones	1,100	1,305	119%	1,000	1,138	114%	1,030	1,268	123%	3,130	3711	119%
Transferencias	673	555	82%	610	450	74%	631	546	87%	1,914	1551	81%
Unidad de Máxima Urgencia												
Admisiones	84	102	121%	100	102	102%	100	74	74%	284	278	98%
Transferencias	77	93	121%	89	91	102%	87	67	77%	253	251	99%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios												
Admisiones	128	124	97%	134	129	96%	117	119	102%	379	372	98%
Transferencias	121	125	103%	109	128	117%	121	120	99%	351	373	106%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

Producción de Medicina Crítica (SEPS2)

Producción y cumplimiento de Metas en Laboratorio Clínico y Banco de Sangre

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Laboratorio Clínico	49,916	69,624	139%	47,540	63,240	133%	49,916	67,773	136%	147,372	200,637	136%
Hematología	13,530	19,336	143%	12,886	16,796	130%	13,530	17,915	132%	39,946	54,047	135%
Consulta Externa	4,851	6,055	125%	4,620	4,817	104%	4,851	5,944	123%	14,322	16,816	117%
Hospitalización	6,156	6,636	108%	5,863	6,279	107%	6,156	6,090	99%	18,175	19,005	105%
Emergencia	2,523	3,243	129%	2,403	2,752	115%	2,523	2,728	108%	7,449	8,723	117%
Referido / Otros	0	3,402	ND	0	2,948	ND	0	3,153	ND	0	9,503	ND
Inmunología	1,834	8,378	457%	1,747	6,623	379%	1,834	7,269	396%	5,415	22,270	411%
Consulta Externa	989	1,135	115%	942	1,007	107%	989	1,211	122%	2,920	3,353	115%
Hospitalización	591	798	135%	563	374	66%	591	817	138%	1,745	1,989	114%
Emergencia	254	330	130%	242	214	88%	254	329	130%	750	873	116%
Referido / Otros	0	6,115	ND	0	5,028	ND	0	4,912	ND	0	16,055	ND
Bacteriología	4,523	4,870	108%	4,308	4,701	109%	4,523	5,115	113%	13,354	14,686	110%
Consulta Externa	425	350	82%	405	307	76%	425	368	87%	1,255	1,025	82%
Hospitalización	2,814	3,102	110%	2,680	2,992	112%	2,814	3,424	122%	8,308	9,518	115%
Emergencia	1,284	1,418	110%	1,223	1,402	115%	1,284	1,323	103%	3,791	4,143	109%
Parasitología	222	327	147%	212	345	163%	222	357	161%	656	1,029	157%
Consulta Externa	36	43	119%	35	34	97%	36	27	75%	107	104	97%
Hospitalización	186	175	94%	177	187	106%	186	194	104%	549	556	101%
Emergencia	0	109	ND	0	124	ND	0	136	ND	0	369	ND
Bioquímica	28,271	34,910	123%	26,925	33,195	123%	28,271	35,362	125%	83,467	103,467	124%
Consulta Externa	5,946	7,294	123%	5,662	6,507	115%	5,946	7,348	124%	17,554	21,149	120%
Hospitalización	18,057	19,508	108%	17,198	18,516	108%	18,057	19,487	108%	53,312	57,511	108%
Emergencia	4,268	4,889	115%	4,065	4,394	108%	4,268	4,893	115%	12,601	14,176	112%
Referido / Otros	0	3,219	ND	0	3,778	ND	0	3,634	ND	0	10,631	ND
Urianálisis	1,536	1,803	117%	1,462	1,580	108%	1,536	1,755	114%	4,534	5,138	113%

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Consulta Externa	585	746	128%	557	626	112%	585	675	115%	1,727	2,047	119%
Hospitalización	533	553	104%	507	481	95%	533	589	111%	1,573	1,623	103%
Emergencia	418	444	106%	398	473	119%	418	491	117%	1,234	1,408	114%
Referido / Otros	0	60	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	60	ND
Banco de Sangre	10,942	12,285	112%	10,421	9,421	90%	10,943	11,918	109%	32,306	33,624	104%
Consulta Externa	4,012	4,872	121%	3,821	4,073	107%	4,013	4,756	119%	11,846	13,701	116%
Hospitalización	6,061	6,072	100%	5,772	4,199	73%	6,061	5,981	99%	17,894	16,252	91%
Emergencia	869	948	109%	828	835	101%	869	851	98%	2,566	2,634	103%
Referido / Otros	0	393	ND	0	314	ND	0	330	ND	0	1,037	ND

Producción y cumplimiento de Metas en Servicios de Tratamiento y Apoyo

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Imagenología												
Radiografías	4,427	4,795	108%	4,216	4,374	104%	4,427	4,981	113%	13,070	14,150	108%
Ultrasonografías	681	520	76%	648	535	83%	681	584	86%	2,010	1,639	82%
Tomografía Axial Computarizada	324	404	125%	324	325	100%	324	384	119%	972	1,113	115%
Resonancias Magnéticas Nucleares	69	69	100%	66	77	117%	69	79	114%	204	225	110%
Anatomía Patológica												
Biopsias Otras partes del cuerpo	234	235	100%	223	265	119%	234	242	103%	691	742	107%
Otros Procedimientos Diagnósticos												
Ecocardiogramas	217	112	52%	217	236	109%	217	258	119%	651	606	93%
Electrocardiogramas	336	380	113%	320	445	139%	256	0	0%	912	825	90%

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Electroencefalogramas	273	313	115%	260	302	116%	273	337	123%	806	952	118%
Tratamiento y Rehabilitación												
Cirugía Menor	470	541	87%	444	397	89%	512	476	78%	1,426	1,414	99%
Diálisis Peritoneal	283	312	110%	278	315	113%	265	276	104%	826	903	109%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	1,783	2,193	123%	1,698	1,911	113%	1,783	2,294	129%	5,264	6,398	122%
Hemodiálisis	280	222	79%	294	1,084	369%	238	274	115%	812	1,580	195%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	9,292	9,869	106%	8,849	8,136	92%	9,292	8,888	96%	27,433	26,893	98%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	18,029	19,862	110%	17,170	21,933	128%	18,029	25,376	141%	53,228	67,171	126%
Terapias Respiratorias	777	19,572	2519%	740	17,146	2317%	777	18,113	2331%	2,294	54,831	2390%
Trabajo Social												
Casos Atendidos	4,930	4,760	97%	4,696	4,954	105%	4,930	5,094	103%	14,556	14,808	102%

CONCLUSIONES

1. Que para garantizar la efectividad del proceso de Planificación, programación y Evaluación institucional, este debe realizarse de manera participativa, de tal manera que se logre el compromiso en la consecución de los objetivos y resultados esperados.
2. Que para mejorar el proceso de toma de decisiones, es necesario que la evaluación de la programación del Plan Anual operativo se realice oportunamente, para lo cual es indispensable que los involucrados en el proceso deben cumplir oportunamente con las fechas de entrega de la información o evidencia del cumplimiento de las actividades programadas.
3. Que en el primer trimestre, el Plan Operativo Anual Institucional 2019, se logró cumplir en un 74%, y en las metas de producción de servicios finales se obtuvo un promedio de 88% en la consulta externa y un 93% en Hospitalización.
4. Que de las actividades programadas en el primer trimestre del POAI 2019, ocho no se cumplieron, cinco por falta de evidencia para su evaluación y tres 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. Que las dependencias responsables de las actividades programadas efectúen la revisión del resultado obtenido para establecer los planes y/o acciones de mejora, y el seguimiento oportuno que garantice la mejora continua de la gestión y el cumplimiento de los objetivos institucionales.



Dr. Alvaro Hugo Salgado Roldan
Director