

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



Plan Anual Operativo Institucional 2022 del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2022

Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o sus usos tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Hospital de Niños Benjamín Bloom puede consultarse en el Portal de Transparencia del Ministerio de Salud.

INFORME DE EVALUACION 2022

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez

Director del HNNBB

07 de marzo de 2023

Elaborado por: Equipo Técnico Unidad de Planificación

Autoridades

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director

Dr. Werner H. Rosales
Sub Director

Dr. Pablo Ricardo González
Jefe de División Quirúrgica

Dr. David Ernesto Castillo Bustamante
Jefe de División Médica

Dra. Iliana María Hernández
Jefe de División de Servicios de Diagnóstico y Apoyo

Licda. Cándida Arely Montano
Jefe de la División Administrativa

Licda. Claudia Carpio
Jefe de la División de Enfermería

PRESENTACIÓN

La Dirección del Hospital de Niños Benjamín Bloom, fiel al compromiso con la transparencia y de cara al personal y a la población en general, presenta el informe Final de monitoreo y Evaluación de la Planificación Institucional correspondiente al año 2022.

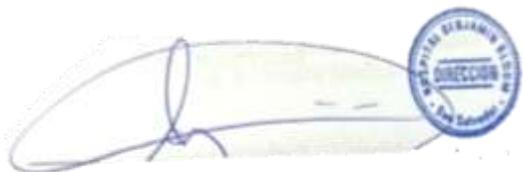
El objetivo principal del monitoreo realizado a la ejecución del POI 2022, es el de verificar y medir el cumplimiento de las metas propuestas, determinando el alcance de efectividad logrado, con la finalidad de definir acciones para alcanzar las metas institucionales establecidas para este año, y las cuales han estado en concordancia con lo establecido en las leyes Crecer Juntos y Nacer con cariño, que buscan en conjunto garantizar que la niñez salvadoreña alcance su máximo potencial de desarrollo durante la primera infancia, así como proteger los derechos de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio, y garantizar los derechos de las niñas y niños desde su gestación, nacimiento y etapa de recién nacido, a través de la óptima atención que todo el Sistema Nacional Integrado de Salud debe brindarles.

Es importante recalcar que la Programación de actividades 2022, se realizó considerando la situación post Covid-19, por lo que dichos elementos deberán considerarse al realizar la revisión de cada una de las actividades programadas, dado que han representado un desafío que sigue generando efectos en el funcionamiento de los servicios de salud, los cuales se han venido normalizando paulatinamente y bajo los mecanismos de control y vigilancia establecidos, y con grandes esfuerzos de comunicación, buenas prácticas sanitarias y vigilancia permanente

El presente informe comprende la calificación de los resultados de la Programación de Actividades del PAOI 2022, consideradas como factibles de evaluar, tomando en cuenta los factores internos y externos que afectan su desarrollo, pero respetando que estén en concordancia con los Planes estratégicos, los lineamientos ministeriales, el Plan del Ministerio de Salud y considerando las instrucciones emitidas.

El importante destacar que el resultado obtenido en el cumplimiento de la programación de actividades y las Metas de Producción es el esfuerzo del Hospital para dar respuesta al proceso de seguimiento de la gestión operativa, a fin de alcanzar los resultados esperados y contribuir a dar servicios de salud integrales y coordinados a través de redes en todo el sistema de salud.

San Salvador, 07 de marzo de 2023



Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director del HNNBBB

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.

Para cumplir con su función el Hospital anualmente y conforme a los lineamientos ministeriales, elabora mediante un proceso coordinado y en equipo, su Plan Operativo Anual Institucional (POAI-2022); el cual constituye un instrumento guía para evaluar su funcionamiento y comprende el establecimiento de objetivos estratégicos, resultados esperados, la programación de actividades productivas y las actividades o acciones de gestión que garanticen el cumplimiento de la misión.

Para verificar los avances de lo programado, el Hospital realiza un proceso de evaluación y seguimiento mensual según corresponda, y elabora un semestral de los avances y el informe Final del año. El proceso de monitoreo y evaluación, ha sido institucionalizado en el Hospital y es realizado en principio por los miembros del Consejo Estratégico de Gestión, en reuniones propias de dicho Consejo o por aprovechamiento de los tiempos laborales en reuniones ya sea de Sala Situacional o de Entrega de Turnos, verificando el cumplimiento de las actividades, y en caso de haberse logrado, definir las acciones que permitan dar respuesta a lo planificado. Es importante recalcar que el resultado obtenido y presentado en este informe es producto de un proceso de trabajo realizado con todos los involucrados en el desarrollo de la gestión, el cual ha sido dirigido por la Dirección del Hospital a través de la Sub Dirección y coordinado por la Unidad de Planificación con los responsables directos de las actividades programadas, quienes dan fe del cumplimiento conforme a la evidencia presentada por ellos mismos y la cual es construida y resguardada por cada uno de los responsables de las actividades y que hace posible el proceso de evaluación y calificación del resultado en el período evaluado.

Cabe mencionar que debido a situaciones de funcionamiento del Hospital, uno de los aspectos que afecta el proceso de Evaluación del Plan Anual Operativo es especialmente la oportunidad y calidad en la entrega de la información, sin embargo, es importante valorar el esfuerzo y participación de todos los involucrados, que hace posible la presentación de este informe y sobre todo la calificación obtenida.

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 EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN

A efecto de realizar el Proceso de Evaluación del Plan Anual Operativo 2022, se ha considerado lo siguiente:

- Que para la evaluación del Plan Anual Operativo de Actividades se consideran las actividades programadas en cada período a evaluar, las cuales se revisan y califican en función del indicador definido y las consideraciones del equipo evaluador. La calificación final es el resultado del promedio de las calificaciones de las actividades programadas.
- La evaluación del cumplimiento de los resultados esperado se analiza considerando las la calificación de las actividades que comprende dicho resultado esperado, a fin de definir las acciones, estrategias o planes de mejora a realizar para cumplir el plan según la meta establecida.
- 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 84%	Amarillo		Necesita Mejorar. Requiere evaluación para establecer plan de acción
Entre el 85% y el 100%	Verde		Aceptable. Esta dentro del rango esperado no requiere intervención
Ponderación mayor al 100%	Morado		Relativamente Crítico. Requiere una urgente evaluación y plan de intervención.

LIMITANTES EN LA EJECUCION DEL PLAN ANUAL OPERATIVO

- Que las Metas definidas no respondan a la operatividad en función de los recursos, y que se realicen sin mayor incidencia en las demandas de la población
- Que los resultados esperado no respondan al componente de desarrollo estratégico del Hospital
- Que no exista o sea limitada la participación del cuerpo gerencial en la formulación de las actividades y metas.
- La frágil atención de las jefaturas en el proceso de seguimiento para la ejecución del Plan y cumplimiento de metas.

PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2022

RESULTADOS DE LA EVALUACION

PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES 2022

N°	Actividades	Indicador	Meta 2022	RESULTADO MENSUAL												Resultado Promedio
				Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	
1	Realizar el 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)	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	80%	67%	83%	70%	70%	100%	100%	53%	70%	75%	67%	33%	38%	69%
2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	70%	64%	88%	84%	80%	88%	89%	89%	87%	85%	81%	77%	98%	84%
3	Ampliar la Cobertura de Atención de Pacientes Neonatales	% de incremento de N° de Camas Neonatales	44%	44%												44%
4	Realizar el Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia)	N° de Informes de Resultados del monitoreo del Plan	2						1						1	2

N°	Actividades	Indicador	Meta 2022	RESULTADO MENSUAL												Resultado Promedio
				Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	
5	Continuar con el Programa Trasplante Renal	N° de Trasplantes realizados	4			0			1			1			0	2
6	Lograr el cumplimiento de Metas de producción de las especialidades de Consulta Externa	% de cumplimiento de la Meta	80%	72%	74%	80%	86%	81%	79%	75%	90%	82%	78%	77%	82%	80%
7	Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización	% de cumplimiento de la Meta	85%	90%	98%	107%	99%	100%	104%	106%	95%	97%	94%	98%	98%	99%
8	Mejorar el Tiempos de Espera para la Consulta Médico-Quirúrgicos de Primera Vez, en función del estándar institucional	Tiempo de Espera en Días	60	46	53	51	42	44	56	58	65	69	38	53	71	54
9	Mejorar los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva (T.E:=Desde la fecha de programación hasta la fecha de realización)	Tiempo de Espera en Días	15-30	13	18	18	44	21	32	32	33	26	23	18	23	25
10	Actualizar y cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	Plan de Supervisión 2022 aprobado	1	1												1
		Número de Supervisiones realizadas	5					0			0	0	0	0		0%

N°	Actividades	Indicador	Meta 2022	RESULTADO MENSUAL												Resultado Promedio		
				Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.			
11	Evaluar el resultado del Monitoreo del índice de uso de los Servicios de Laboratorio, Banco de Sangre, Radiología e en Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia	Presentación de Resultados del Índice de uso	2							1						0	1	
12	Evaluar el resultado del índice de uso de los servicios de Alimentación, Fórmulas, Lavandería para los servicios de Hospitalización	Presentación de Resultados del Índice de uso	2							1							1	2
13	Realizar el Monitoreo del Abastecimiento de Medicamentos	Porcentaje de Abastecimiento	95%	98.82%	98.74%	98.93%	98.82%	97.26%	94.26%	95.19%	97.86%	95.98%	91.86%	90.61%	91.24%		96%	
14	Actualizar , socializar y evaluar el Plan de Optimización del uso de antibióticos	Plan de Elaborado y aprobado	1									1					1	
		% de personal Médico y Enfermería participante en el proceso de socialización	80%										80%					80%
		% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa	85%												0%	0%	0%	0%

N°	Actividades	Indicador	Meta 2022	RESULTADO MENSUAL												Resultado Promedio	
				Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.		
15	Implementar la Gestión por Proceso	% de Dependencias que cuentan con el Inventario de Procedimientos	40%				41%									41%	
		% de Dependencia que cuentan con al menos el Macro proceso levantado	40%				30%				0%					0%	0
16	Evaluar la Satisfacción de Atención del usuario externo en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización	Informes con los Resultados de la Evaluación	4				0		0				1			0	1
17	Realizar la Evaluación del resultado de los Estándares de Calidad	Promedio de Calificación de los Estándares de Calidad	80%	33%	60%	40%	60%	60%	60%	0%	60%	60%	60%	80%	60%	53%	
18	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad (Conforme a gestión 2021)	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	50%				59%									59%	
19	Realizar el Monitoreo del Plan para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas.	% de Indicadores informados en función de los definidos en el Plan	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

N°	Actividades	Indicador	Meta 2022	RESULTADO MENSUAL												Resultado Promedio
				Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	
20	Evaluar el resultado de los Indicadores de Gestión Hospitalaria definidos por el Ministerio de Salud	Informes de Resultados de los Indicadores	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
21	Evaluar el funcionamiento de la Salas Situacionales programadas	% de cumplimiento de la Programación anual de Sala Situacional	100%	NP	NP	50%	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	85%
		% de cumplimiento de acuerdos establecidos en las Sala Situacional	100%	SA	SA	SA	100%	100%	100%	SA	100%	SA	100%	SA	SA	100%
22	Realizar el Monitoreo y Evaluación de Costos institucionales	N° de matrices mensuales introducidas oportunamente al PERC	7	2	2	2	4	3	1	5	5	5	4	4	4	3
		N° de Evaluaciones	2			1								1		2
23	Realizar la Valoración de Riesgos 2023	Documento Aprobado y divulgado	1										1			1
24	Realizar el Monitoreo y Evaluación de la Valoración de Riesgos Institucional 2022	Informe de actividades de Control realizadas	3				1				0				0	1

N°	Actividades	Indicador	Meta 2022	RESULTADO MENSUAL												Resultado Promedio
				Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	
25	Realizar la Formulación del Plan Anual Operativo 2023	Documento Aprobado y divulgado	1											1		1
26	Realizar el Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo	Informe de Resultados del Monitoreo (marzo el de 2021 y noviembre enero junio 2022)	2			1								1		2
		% de Cumplimiento de las Actividades de Gestión	85%				86%					84%				81%
27	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Simulacro Realizados	2				RP						2			2
28	Realizar la vigilancia y monitoreo de las actividades para fomentar el cuidado del medio ambiente y la salud ambiental: Calidad del Agua, Reciclaje institucional, desecho bio-infecciosos y comunes	N° supervisiones Realizadas	24	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
		Informe de Resultados del Monitoreo	4			1				1			1			1
29	Elaboración y Evaluación del Plan de capacitación institucional 2022	Plan Aprobado	1	1												1
		% de cumplimiento del Plan	80%	207%	117%	191%	165%	140%	203%	126%	134%	137%	73%	54%	280%	152%

N°	Actividades	Indicador	Meta 2022	RESULTADO MENSUAL												Resultado Promedio
				Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	
30	Monitoreo de la generación oportuna de la Información Estadística en los Sistemas Oficiales	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	100%	33%	42%	49%	40%	46%	44%	46%	49%	45%	36%	41%	46%	43%
31	Fomentar el aprovechamiento y uso de las TIC	N° de Proyectos impulsados en el avance de las TIC	3				3				1					4

CUMPLIMIENTO POAI DE ACTIVIDADES 2022 EN FUNCION DEL INDICADOR

N°	Actividades	Indicadores	Meta 2022	Resultado Promedio	Cumplimiento de la Actividad	Observación
1	Realizar el 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)	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	80%	69%	86%	
2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	70%	84%	100%	El cumplimiento fue del 120%,
3	Ampliar la Cobertura de Atención de Pacientes Neonatales	% de incremento de N° de Camas Neonatales	44%	44%	100%	

CUMPLIMIENTO POAI DE ACTIVIDADES 2022 EN FUNCION DEL INDICADOR

N°	Actividades	Indicadores	Meta 2022	Resultado Promedio	Cumplimiento de la Actividad	Observación
4	Realizar el Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia)	N° de Informes de Resultados del monitoreo del Plan	2	2	100%	
5	Continuar con el Programa Trasplante Renal	N° de Trasplantes realizados	4	2	50%	No se cumplió con la Meta, dos de los trasplantes no se pudo realizar
6	Lograr el cumplimiento de Metas de producción de las especialidades de Consulta Externa	% de cumplimiento de la Meta	80%	80%	100%	
7	Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización	% de cumplimiento de la Meta	85%	99%	100%	El cumplimiento fue del 116%,
8	Mejorar el Tiempos de Espera para la Consulta Médico-Quirúrgicos de Primera Vez, en función del estándar institucional	Tiempo de Espera en Días	60	54	100%	Se considera cumplido al 100% porque el resultado anual está debajo de la Meta, es decir que se ha tenido un 10% de disminución del tiempo de espera
9	Mejorar los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva (T.E:=Desde la fecha de programación hasta la fecha de realización)	Tiempo de Espera en Días	15-30	25	100%	Se considera cumplido al 100% porque el resultado anual está dentro del rango definido
10	Actualizar y cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	Plan de Supervisión 2022 aprobado	1	1	100%	Se elaboró el Plan de Supervisión, pero no se pudo cumplir por la sobre carga laboral y la demanda de trabajos emergentes
		Número de Supervisiones realizadas	5	0	0%	
11	Evaluar el resultado del Monitoreo del índice de uso de los Servicios de Laboratorio, Banco de Sangre, Radiología e en Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia	Presentación de Resultados del Índice de uso	2	1	50%	No se contó con unos de los informes, debido a que los cierres de la Información se han realizado tardíamente.

CUMPLIMIENTO POAI DE ACTIVIDADES 2022 EN FUNCION DEL INDICADOR

N°	Actividades	Indicadores	Meta 2022	Resultado Promedio	Cumplimiento de la Actividad	Observación
12	Evaluar el resultado del índice de uso de los servicios de Alimentación, Fórmulas, Lavandería para los servicios de Hospitalización	Presentación de Resultados del Índice de uso	2	2	100%	
13	Realizar el Monitoreo del Abastecimiento de Medicamentos	Porcentaje de Abastecimiento	95%	96%	100%	El cumplimiento fue del 101%,
14	Actualizar , socializar y evaluar el Plan de Optimización del uso de antibióticos	Plan de Elaborado y aprobado	1	1	100%	Se actualizó y se divulgo el Plan, pero al socializarlo se identificó la necesidad de redefinir los indicadores, se está en proceso de su replanteamiento
		% de personal Médico y Enfermería participante en el proceso de socialización	80%	80%	100%	
		% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa	85%	0%	0%	
15	Implementar la Gestión por Proceso	% de Dependencias que cuentan con el Inventario de Procedimientos	40%	41%	100%	El cumplimiento fue del 103%,
		% de Dependencias que cuentan con al menos el macro procesos levantado	40%	30%	75%	Esta actividad es designada a la UOC, quien ha informado que para su cumplimiento se están atendiendo las indicaciones del MINSAL. Se tiene el Proceso general divulgado por el MINSAL; el cual es aplicable a los Servicios de Hospitalización y Emergencia
16	Evaluar la Satisfacción de Atención del usuario externo en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización	Informes con los Resultados de la Evaluación	4	1	25%	

CUMPLIMIENTO POAI DE ACTIVIDADES 2022 EN FUNCION DEL INDICADOR

N°	Actividades	Indicadores	Meta 2022	Resultado Promedio	Cumplimiento de la Actividad	Observación
17	Realizar la Evaluación del resultado de los Estándares de Calidad	Promedio de Calificación de los Estándares de Calidad	80%	53%	66%	El resultado obtenido se ve afectado por la falta de datos del mes de julio, y de algunos estándares en otros meses. De acuerdo a lo reportado por la UOC, se tiene fallas con la Plataforma Informática del MINSAL
18	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad (Conforme a gestión 2021)	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	50%	59%	100%	El cumplimiento fue del 118%,
19	Realizar el Monitoreo del Plan para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas.	% de Indicadores informados en función de los definidos en el Plan	85%	100%	100%	El cumplimiento fue del 118%,
20	Evaluar el resultado de los Indicadores de Gestión Hospitalaria definidos por el Ministerio de Salud	Informes de Resultados de los Indicadores	12	12	100%	
21	Evaluar el funcionamiento de la Salas Situacionales programadas	% de cumplimiento de la Programación anual de Sala Situacional	100%	85%	85%	Tal como se evidencia en el resultado, no se ha cumplido al 100% la programación de Salas, debido a trabajos emergentes
		% de cumplimiento de acuerdos establecidos en las Sala Situacional	100%	100%	100%	
22	Realizar el Monitoreo y Evaluación de Costos institucionales	N° de matrices mensuales introducidas oportunamente al PERC	7	3	49%	No se ha cumplido al 100% debido a la falta de oportunidad en la generación de las matrices, por lo que su cumplimiento mensual es bajo.
		N° de Evaluaciones	2	2	100%	

CUMPLIMIENTO POAI DE ACTIVIDADES 2022 EN FUNCION DEL INDICADOR

N°	Actividades	Indicadores	Meta 2022	Resultado Promedio	Cumplimiento de la Actividad	Observación
23	Realizar la Valoración de Riesgos 2023	Documento Aprobado y divulgado	1	1	100%	
24	Realizar el Monitoreo y Evaluación de la Valoración de Riesgos Institucional 2022	Informe de actividades de Control realizadas	3	1	33%	El resultado de esta actividad se ha considerado como no realizada, dado que no se tiene un informe institucional, sino parcial.
25	Realizar la Formulación del Plan Anual Operativo 2023	Documento Aprobado y divulgado	1	1	100%	
26	Realizar el Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo	Informe de Resultados del Monitoreo (marzo el de enero junio y en noviembre julio a diciembre)	2	2	100%	
		% de Cumplimiento de las Actividades de Gestión	85%	84%	99%	
27	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Simulacro Realizados	2	2	100%	
28	Realizar la vigilancia y monitoreo de las actividades para fomentar el cuidado del medio ambiente y la salud ambiental: Calidad del Agua, Reciclaje institucional, desecho bio-infecciosos y comunes	N° supervisiones Realizadas	24	24	100%	
		Informe de Resultados del Monitoreo	4	4	100%	
29	Elaboración y Evaluación del Plan de capacitación institucional 2022	Plan Aprobado	1	1	100%	
		% de cumplimiento del Plan	80%	152%	100%	El cumplimiento fue del 190%,

CUMPLIMIENTO POAI DE ACTIVIDADES 2022 EN FUNCION DEL INDICADOR						
N°	Actividades	Indicadores	Meta 2022	Resultado Promedio	Cumplimiento de la Actividad	Observación
30	Monitoreo de la generación oportuna de la Información Estadística en los Sistemas Oficiales	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	100%	43%	43%	
31	Fomentar el aprovechamiento y uso de las TIC	N° de Proyectos impulsados en el avance de las TIC	3	4	100%	
Resultado Promedio					84%	

Nota: Para efectos de calificación de los resultados esperados, se considera el cumplimiento máximo del 100% en cada una de las actividades

COMPROMISOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS NO ALCANZADOS Plan Anual Operativo 2022

Período evaluado: De Julio a Diciembre de 2022

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Actividades Incluidas en el Resultado Esperado	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
1	Realizar esfuerzos para la reducción de la morbilidad prematura e infantil	1,2,3,4,5, 13, 14	El resultado está dentro de lo esperado			
2	Lograr el cumplimiento de la Programación de Actividades Asistenciales	6,7	El resultado está dentro de lo esperado			
3	Mejorar los Tiempos de Espera para la Atención Asistencial	8,9	En el periodo evaluado una de los Tiempos aumento entre otras razones por falta de horas quirófanos y ausencias de personal por incapacidades	Se debe realizar monitoreo constante y evaluación del tiempo disponible de quirófanos y así establecer un Plan de intervención en algunas especialidades	2023	Jefes de Consulta Externa, Centro Quirúrgico con el apoyo de Jefes de División Médica y Quirúrgica.
4	Optimizar la utilización de los Servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento	11,12	Falta de oportunidad de la Información procesada	Se realizará monitoreo del Proceso de generación y procesamiento de la Información a fin de mejorar la oportunidad	2023	Jefaturas
5	Actualizar y divulgar la Documentos Normativos y de Funcionamiento Institucional	25	Se ha iniciado la documentación de los Procesos conforme al lineamiento ministerial			

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Actividades Incluidas en el Resultado Esperado	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
6	Impulsar el desarrollo del Sistema de Calidad con enfoque en procesos	10, 15,16,17, 18	Existen factores diversos que afecta el resultado esperado	Establecimiento de estrategias de control y seguimiento y monitoreo de las estrategias y acciones de mejora	2023	Jefe de Unidad Organizativa de la Calidad y Jefatura d Epidemiología, con el apoyo de Jefes de departamento y Divisiones
7	Fomentar el cuidado del medio ambiente y realizar acciones de vigilancia de las condiciones ambientales que permitan la prevención y/o mitigación de riesgos ya así contribuir a mejorar la salud ambiental.	27, 28,	El resultado está dentro de lo esperado			
8	Mejorar la gestión del Talento Humano	29,	El resultado está dentro de lo esperado			
9	Impulsar el aprovechamiento de las herramientas de Monitoreo y Evaluación Institucional	19,20,21,22, 23,24,26, 30	Se ha mejorado, pero se requiere seguir con las acciones de intervención	Continuar con el monitoreo de las acciones de intervención	sep-22	Jefes de Servicio con el apoyo de Jefes de División
10	Lograr el aprovechamiento y uso de las TIC	31	El resultado está dentro de lo esperado			

RESULTADOS DE LA PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS 2022

Actividades	Resultados de Producción 2022		
	Programado.	Realizado	% de Cumplimiento
CONSULTA EXTERNA			
Sub Especialidades Médicas	117,456	84,666	72%
Alergología / Inmunología	8,256	4,400	53%
Cardiología	11,520	5,159	45%
CENID	3,840	2,719	71%
Dermatología	4,800	3,840	80%
Endocrinología	13,920	10,348	74%
Fisiatría	1,680	1,219	73%
Gastroenterología	6,528	3,924	60%
Ginecología	5,760	639	11%
Hematología	7,680	5,406	70%
Infectología	960	1,105	115%
Nefrología	6,912	3,389	49%
Neumología	7,680	3,331	43%
Neurología	10,560	7,809	74%
Oncología	960	9,129	951%
Pediatría General	19,200	15,935	83%
Psiquiatría	4,320	4,482	104%
Reumatología	2,880	1,832	64%
Sub Especialidades Quirúrgicas	55,296	52,453	95%
Anestesiología / Algología	1536	908	59%
Cirugía Cardiovascular	576	304	53%
Cirugía General	7872	10474	133%
Cirugía Maxilofacial	1728	1377	80%
Cirugía Oncológica	384	357	93%
Cirugía Plástica	4992	3241	65%
Neurocirugía	4608	2918	63%
Oftalmología	10944	13029	119%
Ortopedia	7680	8406	109%
Otorrinolaringología	9216	8045	87%
Urología	5760	3394	59%

Actividades	Resultados de Producción 2022		
	Programado.	Realizado	% de Cumplimiento
Total Consultas Externas Médicas	172,752	137,119	79%
Consulta Externa Odontológica			
Odontológica de primera vez	4,080	1,592	39%
Odontológica subsecuente	4,080	2,994	73%
Ortodoncia de primera vez	960	94	10%
Ortodoncia subsecuente	960	1,266	132%
Odontología CENID Primera vez	960	525	55%
Odontología CENID subsecuente	960	1,395	145%
Consulta Odontológica Primera vez	6,000	2,211	37%
Consulta Odontológica Subsecuente	6,000	5,655	94%
Consulta Externa Odontológica	12,000	7,866	66%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica			
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	2,976	3,396	114%
Nutrición	8,940	4,206	47%
Nutrición Consulta Externa	2,220	2,279	103%
Nutrición CENID	6,720	1,927	29%
Psicología	4,800	7,009	146%
Psicología Consulta Externa	4,800	6,185	129%
Psicología CENID	0	824	#¡DIV/0!
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	16,716	14,611	87%
Clínica de Ulceras y Heridas			
Curaciones-Procedimientos	5,335	4,740	89%
EMERGENCIA			
Consulta de Emergencias	28,114	26,723	95%
Cirugía General	11,939	13,081	110%
Pediatría Gral.	16,175	13,642	84%
Pediatría	12,130	11,763	97%
Unidad de Crisis Covid-19	4,045	1,879	46%
HOSPITALIZACION			
Sub Especialidades de Cirugía	5,288	4,874	92%
Cirugía Pediátrica	1,735	1,724	99%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	704	758	108%
Neurocirugía Pediátrica	1,263	915	72%

Actividades	Resultados de Producción 2022		
	Programado.	Realizado	% de Cumplimiento
Oftalmología Pediátrica	336	291	87%
Ortopedia / Traumatología	806	899	112%
Otorrinolaringología Pediátrica	444	287	65%
Sub Especialidades de Medicina	5,083	5,302	104%
Hematología Pediátrica	732	697	95%
Infectología+Covid	1,448	1,666	115%
Infectología Pediátrica	1,163	1,543	133%
Covid	285	123	43%
Medicina Interna Pediátrica	703	819	117%
Nefrología Pediátrica	246	272	111%
Neonatología	487	647	133%
Oncología Pediátrica	1,467	1,201	82%
Oncología Hospitalización	458	336	73%
Oncología II Centro Ayudame a Vivir	1,009	865	86%
Otros Egresos	864	651	75%
Servicios por Convenios	864	651	75%
Total de Egresos	11,235	10,827	96%
CIRUGIA MAYOR			
Electivas para Hospitalización	3,120	1,936	62%
Electivas Ambulatorias	2,880	1,113	39%
De Emergencia para Hospitalización	3,681	2,017	55%
De Emergencia Ambulatoria	110	91	83%
Total de Cirugías Mayores	9,791	5,157	53%
MEDICINA CRITICA			
Observación Covid			
Admisiones	3,499	426	12%
Transferencias	285	424	149%
Observación Emergencia			
Admisiones	11,223	16,286	145%
Transferencias	8,370	6,775	81%
Máxima Urgencia			
Admisiones	916	1,253	137%
Transferencias	916	1,101	120%

Actividades	Resultados de Producción 2022		
	Programado.	Realizado	% de Cumplimiento
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS			
Total Admisiones	1,756	979	56%
Total Transferencias	1,862	1,743	94%
Unidad de Cuidados Intensivos P.			
Admisiones	709	414	58%
Transferencias	674	757	112%
Unidad de Cuidados Intensivos Covid			
Admisiones	167	20	12%
Transferencias	140	22	16%
Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos			
Admisiones	360	128	36%
Transferencias	318	424	133%
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales			
Admisiones	520	417	80%
Transferencias	730	540	74%
DIAGNOSTICOS, TRATAMIENTO Y REHABILITACION			
Imagenología			
Radiografías	46,000	47,195	103%
Ultrasonografías	6,000	8,377	140%
Tomografía Axial Computarizada	4,519	5,150	114%
Resonancias Magnéticas Nucleares	806	1,442	179%
Anatomía Patológica			
Biopsias Otras partes del cuerpo	2,600	4,946	190%
Otros Procedimientos Diagnósticos			
Ecocardiogramas	3,125	4,216	135%
Electrocardiogramas	6,112	3,739	61%
Electroencefalogramas	4,680	3,094	66%
Audiología:	9,577	4,413	46%
Pacientes	4,537	1,748	39%
Procedimientos	5,040	2,665	53%
Cirugía Menor	5,475	4,064	74%
Diálisis Peritoneal	3,888	9,805	252%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	16,391	19,777	121%

Actividades	Resultados de Producción 2022		
	Programado.	Realizado	% de Cumplimiento
Hemodiálisis	5,124	5,534	108%
Inhaloterapias	28,483	37,304	131%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	84,324	102,471	122%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	229,304	309,358	135%
Terapias Respiratorias	222,056	402,946	181%
Trabajo Social			
Casos Atendidos	60,104	54,487	91%
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre			
Hematología			
Consulta Externa	66,717	66,338	99%
Hospitalización	88,221	78,871	89%
Emergencia	29,540	25,123	85%
Referido / Otros	35,038	29,855	85%
Inmunología			
Consulta Externa	14,592	17,392	119%
Hospitalización	15,525	15,975	103%
Emergencia	6,683	7,212	108%
Referido / Otros	25,737	187,171	727%
Bacteriología			
Consulta Externa	2,940	3,523	120%
Hospitalización	35,245	37,048	105%
Emergencia	24,401	20,104	82%
Parasitología			
Consulta Externa	195	471	242%
Hospitalización	2,518	2,320	92%
Emergencia	1,243	1,527	123%
Referido / Otros	0	0	ND
Bioquímica			
Consulta Externa	51,706	67,291	130%
Hospitalización	233,859	260,593	111%
Emergencia	57,653	75,260	131%
Referido / Otros	131,967	78,223	59%
Urianálisis			

Actividades	Resultados de Producción 2022		
	Programado.	Realizado	% de Cumplimiento
Consulta Externa	5,210	7,016	135%
Hospitalización	8,184	9,239	113%
Emergencia	5,343	6,021	113%
Referido / Otros	1,287	1,472	114%
Banco de Sangre			
Consulta Externa	37,706	86,188	229%
Hospitalización	110,721	80,732	73%
Emergencia	11,626	29,796	256%
Referido / Otros	6,088	5,000	82%
Servicios Generales			
Alimentación y Dietas			
Hospitalización			
Cirugía	4,723	5,489	116%
Pediatría	37,562	63,893	170%
Otros (Convenios)	4,415	3,935	89%
Lavandería			
Hospitalización			
Cirugía	17,917	24,725	138%
Pediatría	219,707	328,340	149%
Neonatología	71,496	73,799	103%
Otros (Convenios)	21,704	22,163	102%
Consulta			
Consulta Médica Especializada	68,168	35,573	52%
Emergencias			
Emergencias	38,979	49,838	128%
Mantenimiento Preventivo			
Números de Orden	4,062	2,788	69%
Transporte			
Kilómetros Recorridos	24,072	62,779	261%

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 realicen lo programado y cumplan oportunamente con las fechas de entrega de la información o evidencia del cumplimiento de las actividades bajo su responsabilidad.
3. Que debido al incremento de casos de Covid-19 suscitados en los primeros meses del 2022, se han mantenido las condiciones de instalaciones físicas para el funcionamiento definidas desde el 2021, pero como se está normalizando el funcionamiento operativo de algunos servicios, para no seguir afectando los resultados de la producción, se espera que para el 2023 se realice la Dotación de Camas a como estaba antes de la Pandemia Covid-19.
4. Que las condiciones de funcionamiento físico del Hospital por la Pandemia de Covid-19, las ausencias de personal, causadas especialmente por enfermedad, sigue afectando la oportunidad de realización del Proceso de Evaluación del PAOI.
5. El Hospital sigue realizando esfuerzos para dar cobertura y atención de calidad conforme a la oferta de servicios, sin embargo, los efectos de Covid-19, han seguido siendo sensibles y visibles y se reflejan en las ausencias de pacientes de algunas especialidades de consulta externa, incremento en las emergencias y ausencias de personal.
6. Que el resultado obtenido en el cumplimiento de la POAI de 2022 ha sido de un promedio mensual del 84% en las actividades de gestión y en lo que respecta a la programación operativa o metas de producción de servicios finales se obtuvo:
 - a. En consulta Externa se evidencia en relación al año anterior un aumento en la asistencia de los pacientes, al evaluar los datos el cumplimiento de metas se evidencia un cumplimiento del 72% de Consultas Médicas, de las cuales 79% es de las medicina y 95% de cirugía; lo cual es satisfactorio si consideramos que al principio del año, aún se enfrentaron ausencias de pacientes por Covid-19, por lo que ha medido se iba normalizando el funcionamiento del Hospital, la demanda aumentó y por ende la producción. Los resultados el cumplimiento de la meta en las especialidades odontológicas ha sido del 66% y otras atenciones del 87%
 - b. En Hospitalización el resultado del cumplimiento de Metas mensual fue del 95%, es decir un 10% arriba de la meta definida, este resultado es producto de que en los servicios de Medicina se obtuvo un cumplimiento de lo programado en un 84 y en los servicios de Cirugía de 110 y un 75% en Bienestar

Magisterial. Estos resultados muestran un incremento significativo en relación al 2021. Es importante destacar que para dar cumplimiento a la demanda de hospitalización se requieren de un gran esfuerzo, ya que las condiciones físicas son limitadas, especialmente para dar respuesta a la atención de pacientes crónicos y demanda espontánea de otras patologías propias del tercer nivel y las del 2° nivel que siempre se reciben y atienden en el Hospital.

- c. En Emergencia si bien es cierto no se tiene una meta, si se establece un dato de referencia en relación a la producción histórica, al evaluar el resultado con el dato de referencia se evidencia una cobertura promedio de producción del 95%, de las cual un 84% son atenciones de Medicina y 110% de Cirugía
 - d. En las Unidades de Cuidados Intensivos la demanda ha sido permanente y creciente, lo cual se ha evidenciado en los indicadores de gestión, y en el cumplimiento promedio de la Meta, el cual ha sido del 96% de transferencias. También al evaluar medicina crítica se evidencian un aumento en las atenciones de Máxima Urgencia y de pacientes en Observación de emergencia.
 - e. En relación al cumplimiento de Meta de la actividad quirúrgica, esta muestra una disminución en relación a la normalidad del Hospital, esto se debe a que en el primer semestre se tuvo que cerrar un quirófano por remodelación y porque se han disminuido camas y redistribuido en otros servicios por las instalaciones que se destinaron para covid-19 en el Edificio de Cirugía Plástica. Sin embargo, pese a estas condiciones el cumplimiento promedio de la Meta de Producción ha sido del 53%.
 - f. Con respecto al cumplimiento de Metas de los servicios diagnósticos, de tratamiento y rehabilitación, así como los de apoyo, la revisión del cumplimiento de la Metas está supeditada a la demanda de los Servicios finales, por lo que su evaluación y análisis se realiza en función del índice de uso de los mismos.
7. Que el seguimiento de las actividades programadas en el segundo semestre del POAI 2022, no se ha podido realizar con la oportunidad esperada, entre otras razones porque se debe dar prioridad a la atención y demanda de actividades asistenciales, así como a las emergentes suscitadas por el funcionamiento normal del Hospital, así como por la demanda de los tratamientos de los pacientes o por requerimientos ministeriales.

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 deberán realizar esfuerzos para que la generación de información sea oportuna, de tal manera que sea de utilidad para la realización del monitoreo y evaluación de la gestión institucional, y fortalecer el proceso de toma de decisiones y de generación de información oficial y especialmente para la mejora continua del proceso de toma de decisiones institucional.
3. Que las dependencias responsables de las actividades programadas efectúen la revisión y análisis de los resultados obtenidos, para poder establecer o reajustar las metas, así como para el establecimiento de 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.
4. Procurar que toda la información estratégica sea revisada y discutida en las reuniones de Consejo Estratégico, Sala Situacional y Reuniones de Entrega de Turno y que los acuerdos no discrecionales sean transmitidas por las Jefaturas correspondientes a sus colaboradores, a fin de generar una cultura de involucramiento y compromiso en el logro de metas y objetivos y además porque es importante que todos los trabajadores conozcan los planes de mejora y los logros alcanzados.
5. Reforzar los procesos de supervisión, monitoreo y seguimiento en las diferentes disciplinas, a fin de mejorar la calidad de atención y la identificación oportuna de factores de riesgo para la intervención en pro de la seguridad del paciente y el logro de los objetivos institucionales.