

HOSPITAL  
NACIONAL DE NIÑOS  
BENJAMIN BLOOM



**PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2023**

Bloom

Esta permitida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que

La documentación  
Portal de Transpa

**INFORME DE EVALUACION**

**Primer Trimestre de 2023**

altarse en el

**Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez**  
**Director del HNNBB**

**31 de Mayo 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 primer informe de monitoreo de la Planificación Institucional correspondiente al período de enero a marzo de 2023.

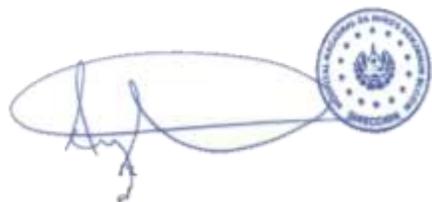
El objetivo principal del monitoreo del POI 2023, es el de verificar y medir el cumplimiento de las metas propuestas, determinando el alcance de efectividad logrado, con la finalidad de definir acciones para alcanzar las metas institucionales establecidas para este año, y las cuales han estado en concordancia 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 2023, se realizó de manera participativa en coordinación con las diferentes dependencias considerando la situación post Covid-19, y los retos y desafíos que se deben enfrentar para dar respuesta a la población; por lo que se han incluido actividades, consideradas como factibles de realizar, 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 mencionara que el informe de monitoreo del POAI, da respuesta al lineamiento establecido por ente normativo y se ha realizado bajo los mecanismos de control establecidos, los cuales son ejecutados por los responsables de las actividades, quienes con grandes esfuerzos de comunicación, buenas prácticas sanitarias y vigilancia permanente, generan la evidencia que permite obtener la calificación de los resultados de la Programación de Actividades.

Por lo tanto, el presente informe muestra el resultado de enero a marzo de 2023 del cumplimiento de la programación de actividades y las Metas de Producción y el esfuerzo del Hospital para dar respuesta al proceso de seguimiento de la gestión operativa, con la finalidad 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, 31 de mayo 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-2023); 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 periódico según corresponda, y elaborar un informe trimestral o semestral de los avances. Este 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, Sala Situacional y reuniones de Entrega de Turnos; por lo que para la realización de la evaluación del es indispensable la verificación del cumplimiento de las actividades, en base al indicador definido y en caso de no haberse logrado, se debe establecer o definir las acciones que permitan dar respuesta a lo planificado.

Una vez realizada la evaluación, la calificación y resultado obtenido es presentado en los Informes de Evaluación, el cual es producto del esfuerzo de 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 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, pero dada la complejidad del Hospital, la demanda y otros factores, se vuelve relevante agradecer y valorar el esfuerzo y participación de todos los involucrados, por hacer 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 2023, 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, 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:

<b>RANGO DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO</b>	<b>REPRESENTACIÓN</b>		
Del 0% al 50%,	<b>Rojo</b>		<b>Crítico. Requiere una urgente evaluación y plan de intervención</b>
Entre el 51% al 84%	<b>Amarillo</b>		<b>Necesita Mejorar. Requiere evaluación para establecer plan de acción</b>
Entre el 85% y el 100%	<b>Verde</b>		<b>Aceptable. Esta dentro del rango esperado no requiere intervención</b>
Ponderación mayor al 100%	<b>Morado</b>		<b>Relativamente Crítico. Requiere una urgente evaluación y plan de intervención.</b>

## 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 2023**  
**RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DE GESTION**  
**De Enero a Marzo de 2023**

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Trimestre 1			
					Prog	Real	%	Observación
<b>Objetivo: Contribuir a la disminución de la mortalidad infantil, mejorando el desempeño hospitalario</b>								
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%	Jefes de Servicio de Hospitalización	80%	88%	110%	
2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	80%	División de Enfermería a través de los Comités locales de IASS	80%	85%	106%	
3	Realizar el Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia)	Informe de Monitoreo de Resultados del Plan	3	División Medica	N/P	N/P	N/P	
4	Continuar con el Programa Trasplante Renal	N° de Trasplantes realizados	4	Depto. de Nefrología	1	1	100%	El trasplante se realizó el 31 de enero de 2023
5	Lograr el cumplimiento de Metas de producción de las especialidades de Consulta Externa	% de cumplimiento de la Meta	100%	Jefes de Depto. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica	100%	103%	103%	
6	Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización	% de cumplimiento de la Meta	100%	Jefes de Departamento de los Servicios de Hospitalización	100%	100%	100%	
7	Realizar el monitoreo del abastecimiento de Medicamentos	% de Abastecimiento	95%	Jefe de Depto. de Suministros y Abastecimiento	95%	91%	95%	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Trimestre 1			
					Prog	Real	%	Observación
8	Monitoreo del Plan de Optimización del uso de antibióticos	% de Cumplimiento de los Indicadores del Plan	80%	División Médica a través del Equipo PROA	80%	0%	0%	No se cuenta con la Evidencia para evaluar la actividad
9	Evaluar el resultado del Índice de usos de Servicios de Laboratorio, Banco de Sangre e Imágenes Médicas para los servicios de Hospitalización	Informe de Resultados del Índice de uso	4	Jefe de División de Diagnóstico	1	1	100%	El Informe presentado es del último trimestre de 2022
10	Evaluar el resultado del índice de uso de los servicios de Alimentación, Fórmulas, Lavandería, transporte para los servicios de Hospitalización	Presentación de Resultados del Índice de uso	4	Jefe de División Administrativa	1	1	100%	El Informe presentado es del último trimestre de 2022
11	Monitoreo y Evaluación del resultado de los Indicadores de Gestión Hospitalaria	Informes de Resultados	12	Unidad de Planificación con el apoyo de UEEIS y responsables de los Indicadores	3	3	100%	Los informes de Resultados son: diciembre 2022, enero y febrero 2023
		Informe de Análisis y planes o acciones de Mejora	4	Jefes de División Médica y Quirúrgica, con el apoyo de Unidad de Planificación	1	1	100%	El análisis realizado es el resultado del 2022 y fue realizado el 31 de marzo en el Hospital de la Mujer
12	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	Informes de Resultados Trimestral	4	Unidad de Calidad con el apoyo dependencias involucradas	1	1	100%	Se presentó el Informe de Resultados con los datos de enero a marzo de 2023, Se modificó la Meta y el indicador
		Informe de Análisis y planes o acciones de Mejora	4	Jefes de División con el apoyo de UOC	1	1	100%	
<b>Objetivo: Impulsar un modelo de gestión que permitan mejorar la gestión asistencial institucional, considerando el enfoque de derecho de los pacientes y sus familias y en búsqueda de obtener efectos positivos en el curso de vida de pacientes atendidos.</b>								
13	Elaborar el proyecto de fortalecimiento de la Ampliación de la Oferta de Servicios para la atención de adolescente que responda a la demanda de la población	Proyecto Elaborado	1	C.E.G.	N/P	N/P	N/P	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Trimestre 1			
					Prog	Real	%	Observación
14	Mejorar el Tiempos de Espera para la Consulta Médico-Quirúrgicos de Primera Vez, en función del estándar institucional	Tiempo de Espera en Días menor o igual a 30 días	30	Jefes de División Médica y Quirúrgica	30	64	0%	Se ha realizado la revisión y análisis periódico y realizado algunas estrategias, pero aún no ha obtenido el resultado en función del estándar
15	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 menor o igual a 60 días	60	Jefe de División Quirúrgica	60	16	100%	
16	Mejorar el Tiempo de Espera para el Ingreso Hospitalario	Tiempo Promedio de Espera menor o igual 5 horas	5	Jefe de Emergencia con el apoyo de Jefe de División Médica	5	6	0%	Se ha realizado la revisión y análisis periódico y realizado algunas acciones, pero en este trimestre no se logró la meta
17	Establecer e implementar el Programa de Seguridad del Paciente en los Servicios Asistenciales	Programa Elaborado y aprobado	1	Jefe de División Médica y Quirúrgica	1	0	0%	No se contó con la Evidencia para evaluar la actividad
		% de personal Médico y Enfermería participante en el proceso de socialización	80%	Jefe de División Médica y Quirúrgica	N/P	N/P	N/P	
		% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa	85%	Jefaturas de los Servicios Asistenciales	N/P	N/P	N/P	
18	Realizar un estudio que permita en base a la estadística y análisis epidemiológico establecer la necesidad real de camas en el periodo estacional	Estudios presentado	1	Jefatura de Epidemiología	N/P	N/P	N/P	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Trimestre 1			
					Prog	Real	%	Observación
19	Evaluar la Satisfacción de Atención del usuario externo en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización	Informes con los Resultados de la Evaluación	4	Unidad Organizativa de la Calidad, con el apoyo de Divisiones	1	1	100%	El informe presentado por Enfermería establece la realización de 29 encuestas, y un resultado promedio del 94% de satisfacción
20	Realizar el Monitoreo del Programa para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas.	% de Cumplimiento de los indicadores definidos en el Plan	85%	Depto. de Pediatría Social	85%	100%	118%	El Programa incluye 20 indicadores de los cuales los considerados para la actividad de PAOI son 2
<b>Objetivo: Mejorar la capacidad de respuesta con calidad y oportunidad a través de la modernización y automatización de procesos y fortalecimiento de la plataforma documental del Hospital.</b>								
21	Elaborar Metodología para realizar el Presupuesto en base a necesidades reales que incluya necesidades para inversión, renovación sustitución de equipo y mejora de la infraestructura	Conformación del Equipo o Comisión de Trabajo	1	Dirección	1	A/R	A/R	Se reprogramará para el 2° Trimestre
		Documento con Metodología Elaborada	1	Equipo o Comisión	1	A/R	A/R	Se reprogramará para el 2° Trimestre
		Resolución de aprobación de la Metodología	1	Dirección	1	A/R	A/R	Se reprogramará para el 2° Trimestre
		Presupuesto Elaborado	1	Equipo o comisión con el apoyo de todas las jefaturas	N/P	A/R	N/P	Se reprogramará para el 2° Trimestre
22	Realizar la Revisión del Proceso de Capacitación y establecer la Norma para su funcionamiento	Conformación del Equipo o Comisión de Trabajo	1	Dirección	1	A/R	A/R	Se reprogramará para el 2° Trimestre
		Informe de Resultados	1	Equipo o Comisión	1	A/R	A/R	Se reprogramará para el 2° Trimestre
		Normativa Elaborada y aprobada	1	Equipo o Comisión y Dirección	N/P	N/P	N/P	De acuerdo a Nota UOC 68-2023, se reprogramará para el 3° Trimestre

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Trimestre 1			
					Prog	Real	%	Observación
23	Implementar la Gestión por Proceso de acuerdo al lineamiento ministerial	% de Dependencia que cuentan con el Inventario de Procesos	60%	UOC	1	A/R	A/R	De acuerdo a Nota UOC 68-2023, se reprogramará para el 3° Trimestre
		% de Dependencias asistenciales en donde se ha socializado los Manuales de Procesos estandarizados y oficializadas por el MINSAL	100%	UOC con el apoyo de la Unidad de Planificación y Capacitación	1	A/R	A/R	De acuerdo a Nota UOC 68-2023, se reprogramará para el 3° Trimestre
		% de Personal asistenciales que ha participado del Proceso de socialización de los Manuales de Procesos estandarizados del MINSAL	80%	UOC con el apoyo de la Unidad de Planificación y Capacitación	1	A/R	A/R	De acuerdo a Nota UOC 68-2023, se reprogramará para el 3° Trimestre
24	Integración de los Equipos de Trabajo Responsables del Seguimiento de la Implementación de Procesos de acuerdo al lineamiento Ministerial	Documento elaborado	1	UOC con el apoyo de la Unidad de Planificación	1	A/R	A/R	De acuerdo a Nota UOC 68-2023, se reprogramará para el 3° Trimestre
		Documento aprobado	1	Dirección	1	A/R	A/R	De acuerdo a Nota UOC 68-2023, se reprogramará para el 3° Trimestre
25	Seguimiento y Evaluación de la implementación de los Manuales de Procesos estandarizados por el Ministerio de Salud	N° de Auditorías realizadas para evaluar la implementación del Manual de Proceso de Hospitalización del MINSAL	2	UOC y Equipo de Designado	N/P	N/P	N/P	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Trimestre 1			
					Prog	Real	%	Observación
		% de dependencias de Hospitalización que realizan sus funciones de acuerdo al Manual de Proceso estandarizados por el MINSAL	40%	UOC y Equipo Designado	N/P	N/P	N/P	
		N° de Auditorías realizadas para evaluar la implementación del Manual de Proceso de Emergencia del MINSAL	1	UOC y Equipo Designado	N/P	N/P	N/P	
		N° de Auditorías realizadas para evaluar la implementación del Proceso y Procedimientos Quirúrgicos del MINSAL	1	UOC y Equipo Designado	N/P	N/P	N/P	
26	Actualización de los Manuales de Organización	% de Dependencias con Manuales de Organización Actualizado	80%	Unidad de Planificación	N/P	N/P	N/P	
27	Fomentar el aprovechamiento y uso de las TIC	% de Proyectos impulsados en relación a las solicitudes y/o necesidades identificadas	30%	Depto. de Informática	N/P	N/P	N/P	
28	Monitoreo del Proceso de Generación Oportuna de información estadística en los Sistemas Oficiales	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	100%	Unidad de EEIS a través de Estadística	100%	37%	37%	
<b>Objetivo: Fortalecer el proceso de mejora Continua de la gestión administrativa y de la Calidad</b>								

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Trimestre 1			
					Prog	Real	%	Observación
29	Evaluar el funcionamiento de la Sala Situacional	Documento de Programación 2023 aprobada	1	Unidad de EEIS y Dirección	1	1	100%	
		% de cumplimiento de la Programación anual de Sala Situacional	100%	Unidad de EEIS Y Jefaturas designadas de acuerdo a la Programación	100%	100%	100%	
		% de cumplimiento de acuerdos establecidos en las Sala Situacional	100%	Designadas en los acuerdo y UEEIF	100%	50%	50%	
		Documento de Programación 2024 aprobada	1	Unidad de EEIS y Dirección	N/P	N/P	N/P	
30	Realizar la Valoración de Riesgo Institucional 2024	Documento Aprobado y divulgado	1	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación	N/P	N/P	N/P	
31	Monitoreo y Evaluación de la Gestión de Riesgo Institucional/ Realizar el control interno posterior de la Gestión de Riesgo Institucional.	Informe de actividades de Control realizadas	2	Jefaturas y Auditoría Interna	1	1	100%	Se modificará la actividad. El Informe considerado es solo del seguimiento de la Gestión de Riesgo de Almacén de Insumos Diversos, incluido en el PAO de Auditoría Interna.
32	Formulación del POAI 2024	Documento de Planificación y Calendarización del Proceso de Elaboración	1	Unidad de Planificación	N/P	N/P	N/P	
		Documento Aprobado y divulgado	1	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación	N/P	N/P	N/P	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Trimestre 1			
					Prog	Real	%	Observación
33	Monitoreo y Evaluación del POAI (último trimestre 2022 y del uno al tercer trimestre 2023)	% de Cumplimiento de las Actividades de Gestión programadas	85%	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación	85%	84%	99%	En este trimestre la última evaluación del 2022
34	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	55%	UOC con el apoyo del Consejo Estratégico de Gestión	N/P	N/P	N/P	De acuerdo al informe de la Unidad de Calidad esta actividad por indicaciones del UOC del MINSAL se realizará en el 2024, por lo que se eliminara del POAI 2023
35	Monitoreo y Evaluación de los Resultados del PERC	% de Instrumentos de recolección de información ingresos mensualmente Sistema	100%	Recursos Humanos, Estadística, División Administrativa, Unidad Financiera y Planificación	100%	62%	62%	En este trimestre se evalúa el ingreso de noviembre y diciembre 2022 y enero 2023
		N° de Evaluaciones	2	C.E.G. con el apoyo de la Comisión de Costos institucional	N/P	N/P	N/P	
36	Fomentar la Investigación en Salud en función de la Política establecida y de acuerdo a las necesidades identificadas en el Hospital	N° investigaciones realizadas	10	Unidad de Investigación	N/P	N/P	N/P	
37	Actualizar y cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	Documento 2023 actualizado y aprobado	1	Equipo de Supervisión y Dirección	1	0	0%	No se cuenta con la Evidencia para evaluar la actividad
		% de Cumplimiento de Plan 2023	100%	Equipo de Supervisión	100%	0%	0%	No se cuenta con la Evidencia para evaluar la actividad
		Documento 2024 actualizado y aprobado	1	Equipo de Supervisión	N/P	N/P	N/P	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Trimestre 1			
					Prog	Real	%	Observación
<b>Objetivo: Fortalecer el desarrollo de la gestión del Recurso Humano.</b>								
38	Elaboración y monitoreo del Plan de Capacitación Institucional	Documento 2023 aprobado	1	Departamento de Capacitación y Dirección	1	1	100%	
		% de Cumplimiento de Plan 2023	100%	Departamento de Capacitación	100%	100%	100%	
		Documento 2024 aprobado	1	Departamento de Capacitación y Dirección	N/P	N/P	N/P	
39	Gestionar la realización del Proceso de Mecanización y Actualización del Expediente Laboral	Gestión efectiva	1	Departamento de RRHH con el apoyo de la Dirección	N/P	N/P	N/P	
40	Realizar gestiones para la realización del estudios de Clima Laboral con consultoría externa	Gestión efectiva	1	Dirección	N/P	N/P	N/P	
41	Divulgación de la Normativa para el Proceso de Capacitación y Desarrollo del Hospital	% de dependencias a quienes se socializo	100%	Departamento de Capacitación en coordinación con Jefatura de RRHH	N/P	N/P	N/P	
<b>Objetivo: Fomentar el cuidado y protección del medio ambiente y la Seguridad y Salud Ambiental</b>								
42	Realizar la vigilancia, monitoreo y control del manejo de los desechos bio-infecciosos y comunes. Plan de Reciclaje y la Calidad del Agua	Informe Mensual de Resultados de la Vigilancia de Desechos Bio-infecciosos	12	Inspector de Saneamiento	3	3	100%	
		Informe Mensual de Monitoreo del Plan de Reciclaje	12	Inspector de Saneamiento	3	3	100%	
		Informe de Monitoreo de la Calidad del Agua	12	Inspector de Saneamiento	3	3	100%	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Trimestre 1			
					Prog	Real	%	Observación
43	Monitoreo y Evaluación de la Seguridad Ocupacional	Informe de Resultados	4	UOC a través del Comité de Seguridad	1	0	0%	
44	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Resultado del Simulacro realizado	2	UOC a través del Comité de Emergencia	N/P	N/P	N/P	
<b>Resultado Promedio del Plan de Actividades de Gestión 1° Trimestre = 75%</b>								

Nota: Para efectos de calificación promedio se ha considerado el cumplimiento máximo del 100% en cada una de las actividades

## COMPROMISOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS NO ALCANZADOS Plan Anual Operativo 2023

**Período evaluado: De Enero a Marzo de 2023**

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Actividades Incluidas en el Resultado Esperado	Resultado Promedio de las Actividades	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
1	Mejorar la Coordinación y funcionamiento del Hospital para contribuir a la reducción de la Morbimortalidad prematura infantil con el apoyo recíproco de la RIIS	1, 2, 3, 4, 7, 8, 13,14,15,16, 18,20	82%	De las actividades incluidas no se cumplieron tres porque se dio prioridad a la atención directa al paciente	Se retomará y se dará seguimiento	Junio de 2023	Jefe de División Médica y Quirúrgica
2	Mantener la Capacidad de Respuesta ante las necesidades requeridas por el Sistema de Salud	5, 6, 9, 10, 11, 12, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 37	76%	En el periodo evaluado 3 no se cumplieron y 2 no se logró el resultado esperado por falta de horas recurso médico especialista, y actividades emergentes	Se debe realizar monitoreo constante y evaluación de las horas existentes y disponibles y así establecer un Plan de intervención	Tercer Trimestre	Jefes de División Médica y Quirúrgica con el apoyo de Jefaturas de Departamento
3	Implementar el Programa de Seguridad del Paciente en áreas asistenciales	17	0%	No se cumplió porque se dio prioridad a la atención de actividades relacionadas con la atención directa de pacientes			Jefe de División Médica y Quirúrgica
4	Impulsar el fomento y desarrollo de la Gestión de Calidad Institucional con enfoque en procesos	19, 23, 24, 25	100%				

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Actividades Incluidas en el Resultado Esperado	Resultado Promedio de las Actividades	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
5	Fomentar el Cuido y Protección del medio ambiente realizando acciones que permitan el manejo adecuado de los desechos sólidos comunes y bio-infecciosos, así como la prevención y mitigación de riesgos institucionales	42, 43	75%	Una de las actividades programadas no se cumplió por sobre carga de trabajo	Se retomará en la reuniones de Seguimiento de los Comités y se Reorganizarán algunos	2° Trimestre	UOC
6	Actualizar y Divulgar documentos normativos y de funcionamiento institucional	21, 22, 26	No se ha evaluado en este período				
7	Desarrollar la Gestión de Recursos Humanos potenciando su capacidad y fomentar el desarrollo de la carrera sanitaria	38,39, 40, 41	100%				
8	Fomentar la Investigación en Salud en función de la política establecida y de acuerdo a las necesidades identificadas en el Hospital	36	No se han evaluado en este período				
9	Lograr que al menos el 50% de las dependencias del Hospital cuenten y aprovechen las herramientas informáticas oficialmente aprobadas	27, 28	37%	Situaciones actitudinales	Mantener el Seguimiento de los responsables de la actividad e Informar los resultados	2° Trimestre	Estadística, Unidad de Planificación
10	Implementar el Plan de Emergencia Institucional que de respuesta ante situaciones de emergencia sanitarias, pandemias y desastres	44	No se ha evaluado en este período				
<b>Promedio de Resultados Esperados =</b>			<b>66%</b>				

## **CONSIDERACIONES DEL ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

### **De enero a marzo de 2023**

1. Que el proceso de Planificación, programación y Evaluación institucional, debe realizarse de manera participativa, a fin de lograr el compromiso en la consecución de los objetivos y resultados esperados.
2. La evaluación del Plan Anual operativo debe realizarse oportunamente, para lo cual es indispensable que los involucrados en el proceso realizan el seguimiento de lo programado y cumplan oportunamente con las fechas de entrega de la información o evidencia que permita evaluar el cumplimiento de las actividades bajo su responsabilidad.
3. Que el resultado de la evaluación y el análisis de los mismos es necesario para el establecimiento de planes y acciones de mejorar y para el fortalecimiento del proceso de toma de decisiones.
4. Que el Hospital sigue realizando esfuerzos para dar cobertura y atención de calidad conforme a la oferta de servicios, sin embargo, es necesario fortalecer las áreas de atención de mayor demanda con recursos calificados y especializados.
5. Que de las actividades programadas en el POAI a realizarse de enero a marzo de 2023, se han reprogramado cuatro y que el resultado obtenido de la evaluación del primer trimestre ha sido el promedio del 75% en las actividades de gestión y el 66% de los Resultados Esperados. En lo que respecta a la programación operativa o metas de producción el resultado supera lo esperado ya que en Consulta Externa se cumplió la Meta en 103%, Hospitalización el 101%, Emergencia 132%.
6. Que el seguimiento de las actividades programadas del primer trimestre del POAI 2023, 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, por ausencias del personal en áreas de generación y procesamiento de datos, así como por las actividades emergentes suscitadas por el funcionamiento normal del Hospital.
7. Que los obstáculos encontrados al evaluar el cumplimiento del Plan, se consideren como oportunidades para mejorar la gestión y los procesos.
8. Que deberán realizar esfuerzos y establecer estrategias y/o acciones 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.
9. Que las dependencias responsables de las actividades programadas efectúen la revisión y análisis de los resultados obtenidos, para poder establecer acciones de mejora o

reajuste de las metas, así como el seguimiento oportuno que garantice la mejora continua de la gestión y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

- 10.** Se deberá 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.
- 11.** Reforzar los procesos de supervisión, monitoreo y seguimiento en las diferentes disciplinas, a fin de mejorar la calidad de atención, así como el registro adecuado de las atenciones, para la oportuna identificación de factores de riesgo para la intervención en pro de la seguridad del paciente y el logro de los objetivos institucionales.