

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

Tercer Trimestre de 2023

altarse en el

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director del HNNBB

Diciembre 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 de monitoreo de la Planificación Institucional correspondiente al período de julio a septiembre 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.

También es necesario mencionar que para lograr los mejores resultados es necesario la evaluación periódica del Plan, por lo que este informe de monitoreo del POAI, da respuesta al lineamiento establecido por este 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, realizan las actividades definidas y 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 abril a junio de 2023 del cumplimiento de la programación de actividades, en la cual se incluye el monitoreo del cumplimiento de 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, 20 de diciembre 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 para el año 2023 realizará un proceso de evaluación y seguimiento periódico según corresponda, elaborando un informe 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 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 programadas 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 necesaria para validar el cumplimiento, sin embargo, es se valora el esfuerzo y participación de los que hacen posible la presentación de este informe y sobre todo la calificación obtenida.

Es importante de destacar el rol de todos los involucrados en el proceso, a quienes se les agradece el apoyo y la presentación de la evidencia, la cual hace posible la presentación de los resultados contenidos en este informe.

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.
- La Evaluación de las cumplimiento de Metas de Producción se realizará conforme a los resultados registrados en los Sistemas Oficiales

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 Julio a Septiembre de 2023

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Tercer Trimestre			
					Prog	Real	%	Observación
Objetivo: Contribuir a la disminución de la mortalidad infantil, mejorando el desempeño hospitalario								
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%	75%	93%	
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%	82%	103%	
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	1	0%	0%	No se cuenta con la Evidencia para evaluar la actividad
4	Continuar con el Programa Trasplante Renal	N° de Trasplantes realizados	4	Depto. de Nefrología	1	100%	100%	
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%	105%	105%	
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%	99%	99%	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Tercer Trimestre			
					Prog	Real	%	Observación
7	Realizar el monitoreo del abastecimiento de Medicamentos	% de Abastecimiento	95%	Jefe de Depto. de Suministros y Abastecimiento	95%	93%	98%	
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	2	200%	Se presentó el 1° y 2° trimestre
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%	Se presentó el Informe del 2° trimestre 2023
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%	Se ha elaborado mayo, junio y Julio
		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%	Se presentó en sala situacional
12	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	Informes de Resultados	4	Unidad de Calidad con el apoyo de dependencias involucradas	1	1	100%	El informe presentado es a junio de 2023
		Informe de Análisis y planes o acciones de Mejora	4	Jefes de División con el apoyo de UOC	1	1	100%	Se presentó en Sala Situacional
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.								

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Tercer Trimestre			
					Prog	Real	%	Observación
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.	A/E	A/E	A/E	
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	81	0%	
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	27	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	N/D	N/D	No es posible Evaluar la actividad, no se cuenta información por cambio de Sistema
17	Establecer e implementar el Programa de Seguridad del Paciente en los Servicios Asistenciales	Programa Elaborado y aprobado	1	Jefe de División Quirúrgica	N/P	N/P	N/P	La Evaluación del indicador de la actividad fue programada en otro trimestre
		% de personal Médico y Enfermería participante en el proceso de socialización	80%	Jefe de División Quirúrgica	40%	0%	0%	No se cuenta con la Evidencia para evaluar este indicador de la actividad
		% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa	85%	Jefaturas de los Servicios Asistenciales	N/P	N/P	N/P	La Evaluación del indicador de la actividad fue programada en otro trimestre
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	La Evaluación de la actividad fue programada en otro trimestre

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Tercer Trimestre			
					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%	La información es reportada por Enfermería y muestra que se realizó mensualmente la medición en un promedio de 4 servicios, obteniendo un resultado del 95.2% 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%	
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.								
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	A/E	A/E	A/E	La actividad fue eliminada en otro trimestre
		Documento con Metodología Elaborada	1	Equipo o Comisión	A/E	A/E	A/E	
		Resolución de aprobación de la Metodología	1	Dirección	A/E	A/E	A/E	
		Presupuesto Elaborado	1	Equipo o comisión con el apoyo de todas las jefaturas	A/E	A/E	A/E	
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	0	0%	No se cuenta con la Evidencia para evaluar la actividad
		Informe de Resultados	1	Equipo o Comisión	1	0	0%	
		Normativa Elaborada y aprobada	1	Equipo o Comisión y Dirección	1	0	0%	
23	Implementar la Gestión por Proceso de acuerdo al lineamiento ministerial	% de Dependencia que cuentan con el Inventario de Procesos	60%	UOC	60%	20%	33%	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Tercer Trimestre			
					Prog	Real	%	Observación
		% 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	100%	100%	100%	La socialización se realizó vía correo electrónico a Jefes de División e Involucrados en el Proceso
		% de Personal asistencial que ha participado del Proceso de socialización de los Manuales de Procesos estandarizados y oficializadas por el MINSAL	80%	UOC con el apoyo de la Unidad de Planificación y Capacitación	80%	20%	25%	Se consideró que al menos 800 empleados son asistenciales y la evidencia presentada muestra que se socializó en 160 empleados de las dependencias: Dirección, Jefatura de Planificación, Jefes de División, Jefaturas de Servicios involucrados, Cirujanos y personal de Centro Quirúrgico
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	100%	100%	
		Documento aprobado	1	Dirección	1	100%	100%	
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 estandarizado por el MINSAL	2	UOC y Equipo de Designado	1	0%	0%	No se cumplió con la actividad, por lo que no se puede evaluar este indicador

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Tercer Trimestre			
					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	0	0%	0%	No se cumplió con la actividad, por lo que no se puede evaluar este indicador
		N° de Auditorías realizadas para evaluar la implementación del Manual de Proceso de Emergencia estandarizado por el MINSAL	1	UOC y Equipo Designado	A/R	A/R	A/R	La actividad también será evaluada en el 4° trimestre, por lo que la evaluación de este indicador se reprograma
		N° de Auditorías realizadas para evaluar la implementación del Proceso y Procedimientos Quirúrgicos estandarizado por el MINSAL	1	UOC y Equipo Designado	A/R	A/R	A/R	La actividad también será evaluada en el 4° trimestre, por lo que la evaluación de este indicador se reprograma
26	Actualización de los Manuales de Organización	% de Dependencias con Manuales de Organización Actualizado	80%	Unidad de Planificación	N/P	N/P	N/P	La Evaluación de la actividad fue programada en otro trimestre
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	La Evaluación de la actividad fue programada en otro trimestre
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%	45%	45%	
Objetivo: Fortalecer el proceso de mejora Continua de la gestión administrativa y de la Calidad								

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Tercer Trimestre			
					Prog	Real	%	Observación
29	Evaluar el funcionamiento de la Sala Situacional	Documento de Programación 2023 aprobada	1	Unidad de EEIS y Dirección	N/P	N/P	N/P	La Evaluación del indicador de la actividad fue programada en otro trimestre
		% de cumplimiento de la Programación anual de Sala Situacional	100%	Unidad de EEIS Y Jefaturas designadas de acuerdo a la Programación	1	100%	100%	
		% de cumplimiento de acuerdos establecidos en las Sala Situacional	100%	Designadas en los acuerdo y UEEIF	1	83%	83%	
		Documento de Programación 2024 aprobada	1	Unidad de EEIS y Dirección	N/P	N/P	N/P	La Evaluación de este indicador de la actividad fue programada en otro trimestre
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	1	A/R	A/R	Ser reprogramó para el 4° trimestre
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	N/P	N/P	N/P	La Evaluación de la actividad fue programada en otro trimestre
32	Formulación del POAI 2024	Documento de Planificación y Calendarización del Proceso de Elaboración	1	Unidad de Planificación	1	1	100%	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Tercer Trimestre			
					Prog	Real	%	Observación
		Documento Aprobado y divulgado	1	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación	N/P	N/P	N/P	La Evaluación de este indicador de la actividad fue programada en otro trimestre
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%	62%	73%	En este trimestre se presentó el Informe de abril a junio de 2023
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	A/E	A/E	A/E	Actividad eliminada en otro trimestre
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%	76%	76%	Se realiza el monitoreo después del 21 día hábil de cada mes, en el periodo de mayo, junio, julio, agosto
		N° de Evaluaciones	2	C.E.G. con el apoyo de la Comisión de Costos institucional	N/P	N/P	N/P	La Evaluación de la actividad fue programada en otro trimestre
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	La Evaluación de la actividad fue programada en otro trimestre
37	Actualizar y cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	Documento 2023 actualizado y aprobado	1	Equipo de Supervisión y Dirección	N/P	N/P	N/P	La Evaluación de este indicador de la actividad fue programada en otro trimestre
		% de Cumplimiento de Plan 2023	100%	Equipo de Supervisión	100%	0%	0%	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Tercer Trimestre			
					Prog	Real	%	Observación
		Documento 2024 actualizado y aprobado	1	Equipo de Supervisión	N/P	N/P	N/P	La Evaluación de este indicador de la actividad fue programada en otro trimestre
Objetivo: Fortalecer el desarrollo de la gestión del Recurso Humano.								
38	Elaboración y monitoreo del Plan de Capacitación Institucional	Documento 2023 aprobado	1	Departamento de Capacitación y Dirección	N/P	N/P	N/P	La Evaluación de este indicador de la actividad fue programada en otro trimestre
		% de Cumplimiento de Plan 2023	100%	Departamento de Capacitación	100%	108%	108%	
		Documento 2024 aprobado	1	Departamento de Capacitación y Dirección	N/P	N/P	N/P	La Evaluación de este indicador de la actividad fue programada en otro trimestre
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	1	1	100%	Se ha realizado la gestión y el Proceso se esta realizando con el Apoyo del Departamento de Informática del HNNBB
40	Realizar gestiones para la realización del estudios de Clima Laboral con consultoría externa	Gestión efectiva	1	Dirección	N/P	N/P	N/P	La Evaluación de la actividad fue programada en otro trimestre
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	La Evaluación de la actividad fue programada en otro trimestre

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Responsable	Tercer Trimestre			
					Prog	Real	%	Observación
Objetivo: Fomentar el cuidado y protección del medio ambiente y la Seguridad y Salud Ambiental								
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%	
43	Monitoreo y Evaluación de la Seguridad Ocupacional	Informe de Resultados	4	UOC a través del Comité de Seguridad	1	1	100%	
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	La Evaluación de la actividad fue programada en otro trimestre

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 Julio a Septiembre 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 RIISS	1, 2, 3, 4, 7, 8, 13,14,15,16, 18,20	66%	De la actividades que comprende el objetivo 3 no se cumplieron	Evaluar los factores que impiden y la aplicación de medidas correctivas	Diciembre	Jefes de División
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	86%	Dos de las actividades no se cumplió	Se debe realizar monitoreo constante y evaluación de las horas y recurso humano disponible y así establecer un Plan de intervención	Diciembre	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%	Aunque es necesario no se ha podido cumplir por la demanda que obliga a priorizar la atención de actividades relacionadas con la atención directa de pacientes	Se evaluará los Planes de Trabajo a fin de realizar los reajustes necesarios en la programación	Diciembre	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	76%	De las actividades que comprende este objetivo, en este periodo solo una no se cumplieron y otra tuvo una puntuación baja	Se debe contar con el apoyo de todos y realizar monitoreo constante para obtener los resultados esperados	Diciembre	Jefatura de UOC, con el apoyo de Jefes de División

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 desecho sólidos comunes y bio-infecciosos así como la prevención y mitigación de riesgos institucionales	42, 43	100%				
6	Actualizar y Divulgar documentos normativos y de funcionamiento institucional	21, 22, 26	0%	De las actividades que comprende este objetivo en este periodo solo se evaluó una y no se pudo cumplir			
7	Desarrollar la Gestión de Recursos Humanos potenciando su capacidad y fomentar el desarrollo de la carrera sanitaria	38,39, 40, 41	104%				
8	Fomentar la Investigación en Salud en función de la política establecida y de acuerdo a las necesidades identificadas en el Hospital	36	N/P	Actividad no programada 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	45%	Situaciones actitudinales	Mantener el Seguimiento de los responsables de la actividad e Informar los resultados	Diciembre	Jefaturas, Unidad de Epidemiología, Estadística e Información
10	Implementar el Plan de Emergencia Institucional que de respuesta ante situaciones de emergencia sanitarias, pandemias y desastres	44	N/P	Actividad no programada en este período			
Promedio de Resultados Esperados					60%		
Promedio de Resultados de Actividades Programadas					70%		

CONSIDERACIONES DEL ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De julio a septiembre de 2023

1. Que para lograr el compromiso en la consecución de los objetivos y resultados esperados, el proceso de Planificación, programación y Evaluación institucional, debe realizarse de manera participativa y con los apoyos y coordinaciones necesarias para su cumplimiento oportuno.
2. La evaluación del Plan Anual operativo debe realizarse periódicamente, para lo cual es indispensable que los involucrados en el proceso realicen 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 un compromiso de todos a fin de proporcionar a las autoridades los insumos de información necesarios 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 julio a septiembre de 2023, el resultado promedio obtenido de la evaluación es del 70% en las actividades de gestión y el 60% de los Resultados Esperados. En lo que respecta a la programación operativa o metas de producción el resultado en Consulta Externa ha sido del 105%, en Hospitalización del 99%
6. Que el seguimiento de las actividades programadas del tercer 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 falta de recurso humano en áreas de generación y procesamiento de datos, así como por cambios en los sistemas de información y 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 a fin de establecer medidas que permitan el logro de metas y objetivos.
- 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.