

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL

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 sugiera que usted o su 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

2023

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director del HNNBB

Elaborado por: Equipo Técnico Unidad de Planificación

11 de marzo de 2023

Autoridades

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director

Dr. Werner Heriberto Rosales López
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 F. Carpio
Jefe de la División de Enfermería

PRESENTACIÓN

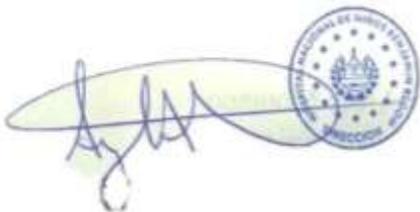
La Dirección del Hospital de Niños Benjamín Bloom, fiel al compromiso con la transparencia y de cara al personal y a la población en general, presenta el informe Final de monitoreo y Evaluación de la Planificación Institucional correspondiente al año 2023.

El objetivo principal del monitoreo realizado a la ejecución 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.

El presente informe comprende la calificación de los resultados de la Programación de Actividades del PAOI 2023, 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.

Es 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, 11 de marzo de 2024

The image shows a handwritten signature in blue ink over a circular official seal. The seal features a central emblem with a sun and stars, surrounded by text in Spanish. The signature is fluid and appears to be 'Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez'.

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 mensual según corresponda, y elabora informes periódicos de avances y el informe final que es el anual. 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 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, 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
RESULTADOS DE LA EVALUACION 2023**

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Ene	Feb.	Mar	Abril	Mayo	Jun	Jul	Agost	Sept.	Oct	Nov.	Dic.	Resultado Anual	% de Cumplimiento
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%	64%	100%	100%	67%	100%	95%	90%	88%	45%	78%	100%	86%	84%	106%
2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	80%	84%	88%	82%	88%	85.91%	86%	84%	73%	90%	74.28%	87%	74.32%	83%	104%
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	N/P	N/P	N/P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
4	Continuar con el Programa Trasplante Renal	N° de Trasplantes realizados	4	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	75%
5	Lograr el cumplimiento de Metas de producción de las especialidades de Consulta Externa	% de cumplimiento de la Meta	100%	106%	102%	100%	96%	97%	97%	103%	113%	100%	101%	98%	89%	100%	100%
6	Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización	% de cumplimiento de la Meta	100%	100%	101%	103%	94%	98%	100%	104%	92%	100%	92%	92%	97%	98%	98%
7	Realizar el monitoreo del abastecimiento de Medicamentos	% de Abastecimiento	95%	90%	90%	92%	91%	90%	92%	94%	94%	93%	92%	90%	92%	92%	96%
8	Monitoreo del Plan de Optimización del uso de antibióticos	% de Cumplimiento de los Indicadores del Plan	80%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
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	N/P	N/P	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	2	0	0	1	4	100%

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Ene	Feb.	Mar	Abril	Mayo	Jun	Jul	Agost	Sept.	Oct	Nov.	Dic.	Resultado Anual	% de Cumplimiento
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	N/P	N/P	1	N/P	N/P	1	N/P	N/P	1	N/P	N/P	1	4	100%
11	Monitoreo y Evaluación del resultado de los Indicadores de Gestión Hospitalaria	Informes de Resultados	12	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	11	92%
		Informe de Análisis y planes o acciones de Mejora	4	N/P	N/P	1	0	0	1	N/P	N/P	1	N/P	N/P	1	3	75%
12	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	Informes de Resultados	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	100%
		Informe de Análisis y planes o acciones de Mejora	4	N/P	N/P	0	N/P	N/P	1	N/P	N/P	1	N/P	N/P	1	3	75%
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.																	
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	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	AR	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	0	0%
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	56	63	68	70	73	75	77	83	83	116	103	99	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	15	16	16	29	24	21	27	28.00	25.00	23	29	15	22	100%
16	Mejorar el Tiempo de Espera para el Ingreso Hospitalario	Tiempo Promedio de Espera menor o igual 5 horas	5	5.75	5.19	5.71	5.77	6.07	6.15	N/D	N/D	N/D	4.57	5.08	4.43	5.41	0%
17	Establecer e implementar el Programa de Seguridad del Paciente en los Servicios Asistenciales	Programa Elaborado y aprobado	1	N/P	N/P	0	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	0	0%
		% de personal Médico y Enfermería participante en el proceso de socialización	80%	N/P	N/P	N/P	0%	0%	0%	0%	0%	0%	N/P	N/P	N/P	0%	0%
		% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa	85%	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	0	0	0	0

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Ene	Feb.	Mar	Abril	Mayo	Jun	Jul	Agost	Sept.	Oct	Nov.	Dic.	Resultado Anual	% de Cumplimiento
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	N/P	N/P	N/P	0	0	0	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	0%
19	Evaluar la Satisfacción de Atención del usuario externo en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización	Informes con los Resultados de la Evaluación	4	N/P	N/P	1	N/P	N/P	1	N/P	N/P	1	N/P	N/P	1	4	100%
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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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	N/P	N/P	A/R	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	Actividad Eliminada	
		Documento con Metodología Elaborada	1	N/P	N/P	A/R	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E		
		Resolución de aprobación de la Metodología	1	N/P	N/P	A/R	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E		
		Presupuesto Elaborado	1	N/P	N/P	A/R	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	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	N/P	N/P	A/R	A/R	A/R	A/R	A/R	A/R	A/R	N/P	N/P	N/P	0	0%
		Informe de Resultados	1	N/P	N/P	A/R	A/R	A/R	A/R	A/R	A/R	A/R	N/P	N/P	N/P	0	0%
		Normativa Elaborada y aprobada	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	0	0	0	N/P	N/P	N/P	0	0%
23	Implementar la Gestión por Proceso de acuerdo al lineamiento ministerial	% de Dependencia que cuentan con el Inventario de Procesos	60%	N/P	N/P	A/R	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	20%	N/P	N/P	N/P	20%	33%

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Ene	Feb.	Mar	Abril	Mayo	Jun	Jul	Agost	Sept.	Oct	Nov.	Dic.	Resultado Anual	% de Cumplimiento	
		% de Dependencias asistenciales en donde se ha socializado los Manuales de Procesos estandarizados y oficializadas por el MINSAL	100%	N/P	N/P	A/R	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	100%	N/P	N/P	N/P	100%	100%	
		% de Personal asistenciales que ha participado del Proceso de socialización de los Manuales de Procesos estandarizados y oficializadas por el MINSAL	80%	N/P	N/P	A/R	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	20%	N/P	N/P	N/P	20%	25%	
24	Integración de los Equipos de Trabajo Responsables del Seguimiento de la Implementación de Procesos de acuerdo al lineamiento Ministerial	Documento elaborado	1	N/P	N/P	A/R	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	1	N/P	N/P	N/P	1	100%	
		Documento aprobado	1	N/P	N/P	A/R	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	1	N/P	N/P	N/P	1	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	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	0	N/P	N/P	0	0	0%	
		% de dependencias de Hospitalización que realizan sus funciones de acuerdo al Manual de Proceso estandarizados por el MINSAL	40%	N/P	N/P	N/P	A/R	A/R	A/R	A/R	A/R	0	N/P	N/P	N/P	0	0%	
		N° de Auditorías realizadas para evaluar la implementación del Manual de Proceso de Emergencia estandarizado por el MINSAL	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	A/R	A/R	A/R	A/R	A/R	A/R	0	0	0%
		N° de Auditorías realizadas para evaluar la implementación del Proceso y Procedimientos Quirúrgicos estandarizado por el MINSAL	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	A/R	A/R	A/R	A/R	A/R	A/R	0	0	0%
26	Actualización de los Manuales de Organización	% de Dependencias con Manuales de Organización Actualizado	80%	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	88%	88%	110%	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Ene	Feb.	Mar	Abril	Mayo	Jun	Jul	Agost	Sept.	Oct	Nov.	Dic.	Resultado Anual	% de Cumplimiento	
27	Fomentar el aprovechamiento y uso de las TIC	% de Proyectos impulsados en relación a las solicitudes y/o necesidades identificadas	30%	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	100%	100%	333%	
28	Monitoreo del Proceso de Generación Oportuna de información estadística en los Sistemas Oficiales	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	100%	39%	37%	36%	43.83%	37.22%	40.84%	48%	50%	37%	40%	38%	31%	39.8%	39.8%	
Objetivo: Fortalecer el proceso de mejora Continua de la gestión administrativa y de la Calidad																		
29	Evaluar el funcionamiento de la Sala Situacional	Documento de Programación 2023 aprobada	1	N/P	N/P	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	1	100%	
		% de cumplimiento de la Programación anual de Sala Situacional	100%	N/P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	91%	91%
		% de cumplimiento de acuerdos establecidos en las Sala Situacional	100%	N/P	100%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	0%	68%	68%
		Documento de Programación 2024 aprobada	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	1	1	100%
30	Realizar la Valoración de Riesgo Institucional 2024	Documento Aprobado y divulgado	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	A/R	A/R	A/R	1	N/P	N/P	1	100%	
31	Monitoreo y Evaluación de la Gestión de Riesgo Institucional/ Realizar el control interno posterior de la Gestión de Riesgo Institucional, conforme al Plan Operativo de la Unidad de Auditoría Interna	Informe de actividades de Control realizadas	2	N/P	N/P	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	1	50%	
32	Formulación del POAI 2024	Documento de Planificación y Calendarización del Proceso de Elaboración	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	1	N/P	N/P	N/P	1	100%	
		Documento Aprobado y divulgado	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	1	N/P	N/P	1	100%	
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%	N/P	N/P	84%	N/P	72%	N/P	N/P	N/P	62%	N/P	N/P	N/P	73%	85%	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Ene	Feb.	Mar	Abril	Mayo	Jun	Jul	Agost	Sept.	Oct	Nov.	Dic.	Resultado Anual	% de Cumplimiento
34	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	55%	N/P	N/P	N/P	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	A/E	Actividad Eliminada	
35	Monitoreo y Evaluación de los Resultados del PERC	% de Instrumentos de recolección de información ingresos mensualmente Sistema	100%	71%	71%	43%	100%	71%	71%	85%	71%	71%	85%	57%	57%	71%	71%
		N° de Evaluaciones	2	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	1	2
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	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	32	32	320%
37	Actualizar y cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	Documento 2023 actualizado y aprobado	1	N/P	N/P	0	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	0	0%
		% de Cumplimiento del Plan 2023	100%	N/P	N/P	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%
		Documento 2024 actualizado y aprobado	100%	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	0%	0%	0%	0
Objetivo: Fortalecer el desarrollo de la gestión del Recurso Humano.																	
38	Elaboración y monitoreo del Plan de Capacitación Institucional	Documento 2023 aprobado	1	N/P	N/P	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	1	100%
		% de Cumplimiento de Plan 2023	100%	100%	100%	106%	125%	100%	109%	111%	113%	100%	100%	104%	100%	106%	106%
		Documento 2024 aprobado	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	1	1
39	Gestionar la realización del Proceso de Mecanización y Actualización del Expediente Laboral	Gestión efectiva	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	1	N/P	N/P	N/P	1	100%
40	Realizar gestiones para la realización de estudios de Clima Laboral con consultoría externa	Gestión efectiva	1	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	0	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	0	0%

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Ene	Feb.	Mar	Abril	Mayo	Jun	Jul	Agost	Sept.	Oct	Nov.	Dic.	Resultado Anual	% de Cumplimiento	
41	Divulgación de la Normativa para el Proceso de Capacitación y Desarrollo del Hospital	% de dependencias a quienes se socializo	100%	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	0%	0%	0%	
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	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100%	
		Informe Mensual de Monitoreo del Plan de Reciclaje	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100%
		Informe de Monitoreo de la Calidad del Agua	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100%
43	Monitoreo y Evaluación de la Seguridad Ocupacional	Informe de Resultados	4	N/P	N/P	0	N/P	N/P	1	N/P	N/P	1	N/P	N/P	1	3	75%	
44	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Resultado del Simulacro realizado	2	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	1	N/P	N/P	N/P	1	N/P	N/P	2	100%	
Porcentaje de Cumplimiento de las Actividades de Gestión Programadas																	65%	

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 2023

Período evaluado: De enero a diciembre 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	48%	De las actividades de este resultado 6 no se cumplieron por diversas razones	Se evaluará con los responsables de las actividades a fin de definir mejor las actividades y/o establecer acciones y planes de mejora	Primer Trimestre 2024	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	83%	Una de las actividades el cumplimiento fue del 50%	Se evaluará el funcionamiento del Equipo de Supervisión	Primer Trimestre 2024	Sub Dirección
3 Implementar el Programa de Seguridad del Paciente en áreas asistenciales	17	0%	No se pudo realizar la actividad por sobre carga de actividades emergentes	Se evaluará con los Jefes de División a fin de establecer las acción de mejora	Primer Trimestre 2024	Sub Dirección
4 Impulsar el fomento y desarrollo de la Gestión de Calidad Institucional con enfoque en procesos	19, 23, 24, 25	63%	No se cumplió con las actividades relacionadas con la gestión por procesos	Se evaluará con la Jefe UOC	Primer Trimestre 2024	Sub Dirección

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 como la prevención y mitigación de riesgos institucionales	42, 43	88%				
6	Actualizar y Divulgar documentos normativos y de funcionamiento institucional	21, 22, 26	50%	Una de las actividades no se cumplió	Se evaluó la actividad y se decidió eliminarla, no se contó con las horas recurso humano para la realización		
7	Desarrollar la Gestión de Recursos Humanos potenciando su capacidad y fomentar el desarrollo de la carrera sanitaria	38,39, 40, 41	50%	Dos de las actividades no se cumplieron	Se evaluó la actividad y se decidió eliminarla, no se contó con las horas recurso humano para la realización		
8	Fomentar la Investigación en Salud en función de la política establecida y de acuerdo a las necesidades identificadas en el Hospital	36	100%				
9	Lograr que al menos el 50% de las dependencias del Hospital cuenten y aprovechen las herramientas informáticas oficialmente aprobadas	27, 28	69%	No se ha logrado cumplir con la Meta en una de las actividades	Se hará un ,plan de mejora	Primer Trimestre 2024	Unidad de Epidemiología e Información en Salud
10	Implementar el Plan de Emergencia Institucional que de respuesta ante situaciones de emergencia sanitarias, pandemias y desastres	44	100%				
Promedio de Resultados Esperados =			65%				

RESULTADOS DE LA PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS 2023

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Consulta Externa			
Sub Especialidades de Pediatría			
Alergología / Inmunología	5,712	4,701	82%
Cardiología	7,834	6,350	81%
CENID	3,264	3,036	93%
Fisiatría	1,761	1,712	97%
Gastroenterología	5,222	4,202	80%
Dermatología	4,896	4,382	90%
Endocrinología	7,854	9,650	123%
Ginecología	3,672	952	26%
Hematología	6,555	5,869	90%
Infectología	1,632	1,161	71%
Nefrología	4,488	3,357	75%
Neumología	4,325	3,958	92%
Neurología	8,568	7,451	87%
Oncología	7,507	9,230	123%
Pediatría General	17,952	16,829	94%
Psiquiatría	3,278	4,818	147%
Reumatología	2,448	1,888	77%
Sub Total Esp. Médicas	98,601	89,546	91%
Sub Especialidades de Cirugía			
Anestesiología / Algología	612	1,152	188%
Cirugía General	7,675	12,057	157%
Cirugía Cardiovascular	286	362	127%
Cirugía Maxilofacial	979	1,669	170%
Cirugía Oncológica	326	390	120%
Cirugía Plástica	4,753	3,793	80%
Neurocirugía	3,754	3,110	83%
Oftalmología	6,854	13,515	197%
Ortopedia	10,445	7,741	74%
Otorrinolaringología	7,507	10,731	143%
Urología	4,243	3,413	80%
Sub Total Esp. Quirúrgicas	47,434	57,933	122%
Sub Total Especialidades Médico-Quirúrgicas	146,035	147,479	101%
Consulta Externa Odontológica			

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	% Cmpl.
Odontológica de primera vez	6,125	3,283	54%
Odontológica subsecuente	6,125	6,673	109%
Sub Total Esp. Odontológicas	12,250	9,956	81%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica			
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	4,046	3,908	97%
Nutrición	2,612	4,320	165%
Psicología	8,976	8,062	90%
Optometría	2,447	4,122	168%
Sub Total Especialidades No médicas	18,081	20,412	113%
TOTAL CONSULTA EXTERNA	176,366	177,847	101%
Clínica de Ulceras	4,000	3,839	96%
Emergencias			
Cirugía General	11,761	7,009	60%
Pediatría Gral.	9,982	24,530	246%
TOTAL EMERGENCIA	21,743	31,539	145%
Hospitalización			
Sub Especialidades de Medicina			
Hematología Pediátrica	713	727	102%
Infectología Pediátrica	1,235	1,495	121%
Medicina Interna Pediátrica	703	860	122%
Nefrología Pediátrica	245	299	122%
Neonatología	398	644	162%
Oncología Pediátrica	1,386	1,283	93%
Sub Total	4,680	5,308	113%
Sub Especialidades de Cirugía			
Cirugía Pediátrica	1,995	1,622	81%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	762	878	115%
Neurocirugía Pediátrica	1,263	965	76%
Oftalmología Pediátrica	325	276	85%
Ortopedia / Traumatología	848	901	106%
Otorrinolaringología Pediátrica	550	325	59%
Sub Total	5,743	4,967	86%
Otros Egresos			
Servicios por Contrato	776	666	86%
Total de Egresos	11,199	10,941	98%

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Cirugía			
Cirugía Mayor			
Electivas para Hospitalización	3,886	2,556	66%
Electivas Ambulatorias	1,666	1,408	85%
De Emergencia para Hospitalización	3,088	2,442	79%
De Emergencia Ambulatoria	140	149	106%
Sub Total	8,780	6,555	75%
Medicina Crítica			
Unidad de Emergencia			
Admisiones	14,564	19,226	132%
Transferencias	6,375	6,233	98%
Unidad de Máxima Urgencia			
Admisiones	582	1,446	248%
Transferencias	995	1,264	127%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios			
Admisiones	1,626	1,019	63%
Transferencias	1,794	1,880	105%
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre			
Hematología			
Consulta Externa	62,102	65,435	105%
Hospitalización	81,528	56,802	70%
Emergencia	32,345	19,899	62%
Referido / Otros	35,661	19,306	54%
Sub Total	211,636	161,442	76%
Inmunología			
Consulta Externa	12,494	13,478	108%
Hospitalización	9,794	10,892	111%
Emergencia	4,266	4,480	105%
Referido / Otros	157,584	150,483	95%
Sub Total	184,138	179,333	97%
Bacteriología			
Consulta Externa	4,609	2,929	64%
Hospitalización	33,301	35,076	105%
Emergencia	16,661	19,500	117%
Referido / Otros	115	10	9%
Sub Total	54,686	57,515	105%
Parasitología			

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	% Cmpl.
Consulta Externa	459	675	147%
Hospitalización	2,278	2,039	90%
Emergencia	1,468	1,671	114%
Sub Total	4,205	4,385	104%
Bioquímica			
Consulta Externa	72,507	64,317	89%
Hospitalización	235,211	236,391	101%
Emergencia	59,499	73,859	124%
Referido / Otros	58,686	57,114	97%
Sub Total	425,903	431,681	101%
Urianálisis			
Consulta Externa	7,281	7,277	100%
Hospitalización	6,843	11,217	164%
Emergencia	5,510	6,960	126%
Referido / Otros	556	977	176%
Sub Total	20,190	26,431	131%
Total Laboratorio Clínico	900,758	860,787	96%
Banco de Sangre			
Consulta Externa	48,445	82,548	170%
Hospitalización	80,333	79,978	100%
Emergencia	10,592	21,949	207%
Referido / Otros	5,685	3,911	69%
Total	145,055	188,386	130%
Servicios de Apoyo Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación			
Imagenología			
Radiografías	47,850	57,552	120%
Ultrasonografías	8,700	7,905	91%
Tomografía Axial Computarizada	4,285	5,472	128%
Resonancias Magnéticas Nucleares	1,171	1,453	124%
Anatomía Patológica			
Biopsias	2,900	3,060	106%
Otros Procedimientos Diagnósticos			
Ecocardiogramas	4,500	5,654	126%
Electrocardiogramas	3,427	4,599	134%
Electroencefalogramas	2,754	3,192	116%
Tratamiento y Rehabilitación			
Cirugía Menor	4,673	4,758	102%
Diálisis Peritoneal	6,344	10,016	158%

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	15,960	21,607	135%
Hemodiálisis	4,382	4,490	102%
Inhaloterapias	36,000	117,786	327%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	97,682	165,015	169%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	253,931	244,130	96%
Terapias Respiratorias	230,031	589,037	256%
Trabajo Social			
Casos Atendidos	56,348	56,889	101%

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 realizan 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 existen variables internas y externas que afectan la oportunidad para la realización del Proceso de Evaluación del PAOI.
4. El Hospital sigue realizando esfuerzos para dar cobertura y atención de calidad conforme a la oferta de servicios, sin embargo, existen factores externos sensibles y visibles que afectan el proceso, como las ausencias de pacientes de algunas especialidades de consulta externa, el incremento en las emergencias y ausencias de personal.
5. Que el resultado obtenido en el cumplimiento de la POAI de 2023 ha sido de un promedio mensual del 65% 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 al evaluar los datos, se evidencia el cumplimiento de metas promedio del 101%, de las cuales la Consultas Externa Médicas tiene un cumplimiento del 91%, las Especialidades quirúrgicas un 122%, las Odontológicas un 81%. Estos datos son muy satisfactorios, considerando que en el año se han enfrentado déficit de personal en algunas especialidades.
 - b. En Hospitalización el resultado del cumplimiento de Metas fue del 98%, es decir un 18% 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 113%, en los servicios de Cirugía de 86% y un 86% en Servicios por Convenio (Bienestar Magisterial). Es importante destacar que para dar cumplimiento a la demanda de hospitalización se requieren de un gran esfuerzo, especialmente en la administración de las camas en cada uno de los servicios, sobre todo porque 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

145%, tomando en cuenta que la información hasta el mes de junio era generada y clasificada en médica y quirúrgica, pero que a partir de julio con la implementación del SIS, solo se ha podido cuantificar el número total de atenciones.

- d. En las Unidades de Cuidados Críticos 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 de un 105% en las Unidades de Cuidados Intensivos, 127% en la Unidad de Máxima Urgencia y 98% en Observación 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 la disminución de horas quirófanos que se enfrenta, a trabajos de remodelación realizadas y a la disminución de Camas de Cirugía. Sin embargo, pese a estas condiciones el cumplimiento promedio de la Meta de Producción de Cirugías Mayores ha sido del 75%.
 - 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.
6. Que el seguimiento de las actividades programadas 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, 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.