



**Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom**  
**Dirección**

**INFORME DE EVALUACIÓN**  
**SEGUNDO TRIMESTRE**  
**PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2017**



**Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan**  
**Director del HNNBB**

**San Salvador, Septiembre de 2017**

## **INTRODUCCION**

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es un Hospital de Referencia Nacional para la atención pediátrica a nivel nacional, el cual constantemente realiza esfuerzos para lograr una gestión eficiente en beneficio de la niñez, para lo cual en función de la evaluación interna y conforme a los lineamientos y requerimientos del Ministerio de Salud (MINSAL), realiza anualmente un proceso de Planificación, el cual le permite contar con un instrumento guía para evaluar el funcionamiento del Hospital: El Plan Anual Operativa Institucional 2017 (POAI-2017); en él se establecen los objetivos estratégicos, los resultados esperados y las acciones a cumplir anualmente.

A efectos de verificar los avances de lo programado, en el Hospital se realiza un proceso de evaluación y seguimiento trimestral de dicho Plan, y es por tal razón que se presenta este documento el cual contiene los resultados obtenidos de la Evaluación del Segundo Trimestre del Plan Anual Operativo Institucional 2017.

Cabe destacar que el resultado trimestral obtenido es gracias a la coordinación de la Unidad de Planificación y el esfuerzo y apoyo del Consejo Estratégico de Gestión y los responsables de las actividades programadas, quienes con su dedicación construyen la evidencia que permite realizar el proceso de evaluación y calificación de cada una de las actividades programadas.

El proceso de monitoreo y evaluación, es responsabilidad del equipo conformado por el Consejo Estratégico de Gestión, más los responsables directos de las actividades programadas, habiéndose institucionalizado el proceso de monitoreo del plan, durante el proceso de evaluación.

## RESUMEN

En el informe se detalla la Programación de Actividades del 2017, la cual está en concordancia con el Plan del Ministerio de Salud, y la evaluación de las actividades programadas y realizadas, así como de las metas de producción establecidas en el período comprendido de abril a junio del presente año.

El informe muestra el resultado del 2° Trimestre de PAOI 2017, el cual muestra el esfuerzo del Hospital para cumplir con lo programado y así alcanzar los resultados esperados y contribuir a dar servicios de salud integrales y coordinados a través de redes en todo el sistema de salud.

## 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.

**PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2017**  
**RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DEL SEGUNDO TRIMESTRE**

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	SEGUNDO TRIMESTRE					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
<b>1</b>	<b>Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil</b>									
<b>1.1.</b>	<b>Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional</b>									
1.1.1	Monitoreo de la Mortalidad en menores de 5 años de en los Servicios de Hospitalización de las Enfermedades de vigilancia del MINSAL (Diarrea, Neumonías. Inmaduridad y Asfixia del Nacimiento y Sepsis)	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	80%	Informes de Auditoria de Mortalidad	Jefe de Servicios de Hospitalización en coordinación con el apoyo del Comité de Mortalidad	80%	85%	106%		División Médica, UEEIS y Unidad de Planificación
1.1.2	Aumentar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	70%	Registros del Comité de IAASS	Jefes de Servicio con el apoyo del Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria	70%	54%	77%	Por factores actitudinales en el personal, no se logra cumplir con lo esperado	Comité de IAASS

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	SEGUNDO TRIMESTRE					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
1.1.3	Implementar la propuesta del HNNBB para la atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia y Cáncer)	Propuesta elaborada	1	Documento elaborado	Divisiones Médica y División de Enfermería	1	1	100%	Falta sistematización de la información de las actividades realizadas	
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>						<b>92%</b>				
<b>2</b>	<b>Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario</b>									
<b>2.1</b>	<b>Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional</b>									
2.1.1	Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	% de cumplimiento de la Meta	85%	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Departamentos de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Jefes de Especialidades	85%	87%	102%		Unidad de Planificación, información generada del SPME
2.1.2	Lograr el cumplimiento de los servicios de Hospitalización conforme a la meta de producción programada	% de cumplimiento de la Meta	85%	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Servicios de Hospitalización	85%	92%	108%		Unidad de Planificación, información generada del SPME

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	SEGUNDO TRIMESTRE				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
2.1.3	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Especialidades Médicas	Tiempo de Espera en Días	60	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefes de Deptos. de Consulta Externa Médica	60	57	105%		Departamento de Consulta Externa Médica y Unidad de Planificación
2.1.4	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Especialidades de Cirugía	Tiempo de Espera en Días	60	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefes de Deptos. de Consulta Externa Quirúrgica	60	45	133%		Departamento de Consulta Externa Quirúrgica y Unidad de Planificación
2.1.5	Reducir los Tiempos de Espera para la Cirugía Electiva	Tiempo de Espera en Días	120	Informe de Tiempo de Espera	Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Consulta Externa Quirúrgica y Jefes de Especialidades	120	78	154%		Departamento de Consulta Externa Quirúrgica y Unidad de Planificación
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>						<b>100%</b>			<b>Para evaluar el resultado se ha considerado que el cumplimiento máximo de cada actividad debe ser el 100%</b>	
2.2	<b>Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios</b>									

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	SEGUNDO TRIMESTRE				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
2.2.1	Eficienciar el uso de los Servicios Diagnósticos, Tratamiento y Apoyo en los servicios finales (hospitalización, emergencia y especialidades de consulta Externa) de mayor demanda)	% de disminución del índice de uso	10%	Informes Estadísticos de Producción de los servicios de apoyo complementario, relacionados con los Egresos por servicio y Consulta por Especialidad	Jefe de División de Diagnóstico con el apoyo de la Unidad de EEIS	10%	3%	30%	Para Evaluar esta actividad se ha considerado el uso de exámenes de Laboratorio y Estudios de Radiología	División de Diagnóstico y Servicios de Apoyo
2.2.2	Analizar el uso y/o demanda de los Servicios de Apoyo administrativo por el resto de servicios del Hospital	N° de Informes Presentados	4	Informes Estadísticos de Producción de los servicios de apoyo complementario, relacionados con los Egresos por servicio y Consulta por Especialidad	Jefe de División Administrativa con el apoyo de la Unidad de EEIS	1	1	100%	El informe para análisis y monitoreo es realizado en la División	División Administrativa
2.2.3	Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Insumos y Medicamentos	N° de Informes	12	Proyecto formulado	Jefes de: División de Diagnóstico, Departamento de Gestión de Suministros de Tecnología Médica y Farmacia	3	3	100%	El informe de monitoreo de medicamentos es generado semanalmente	Departamento de Gestión de Suministros y Tecnología Médica

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	SEGUNDO TRIMESTRE				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
2.2.4	Definir y realizar el Monitoreo del ahorro de rubros definidos como estratégicos	N° de Informes de Resultados del Monitoreo del Plan de Ahorro	4	Informe Presentado	Unidad Financiera Institucional	1	1	100%	El informe es realizado trimestralmente conforme a los rubros importantes establecidos en la política de Ahorro	Unidad Financiera Institucional
2.2.5	Implementación de Plan para el uso racional de antibióticos	Informes de Monitoreo y Evaluación del Plan de Uso Racional de antibióticos	3	Informe Presentado	Comité Farmacoterapeutico	1	-	0%	Está en revisión el plan de reducción del uso racional de antibiótico	Comité de Farmacoterapia
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>						<b>66%</b>				
<b>3</b>	<b>Objetivo: Elaborar y/o actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos</b>									
3.1	<b>Resultado: Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales</b>									
3.1.1	Implementar por fases el proyecto de Gestión por proceso	N° de informes de implementación	3	Manual de Organización Especifico de cada dependencia	Unidad de Planificación y UOC	1	1	100%	Informe enviado a la Dirección en Memorándum N° 05/2017 de la Unidad de Planificación	Unidad de Planificación y Unidad Organizativa de la Calidad

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	SEGUNDO TRIMESTRE				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
3.1.2	Continuar con el proceso de Elaboración de Guías Terapéuticas	N° de guías elaboradas	12	Guías clínicas elaboradas	Jefes de Especialidades médicas y Quirúrgicas y Divisiones Médica y Quirúrgica					Jefes de División Médica y de Cirugía
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>						<b>100%</b>				
<b>4</b>	<b>Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad</b>									
4.1	<b>Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad</b>									
4.1.1	Evaluación de la satisfacción de Atención de los pacientes	Numero de Informes de Evaluación	2	Informes de Evaluación de la Calidad de Atención Asistencial	Jefe de la UOC apoyado por los Jefes de División Medica, Quirúrgica, Enfermería y Comité de Auditoría del Desempeño Médico	1	0	0%	Se evaluó en el Consejo Estratégico de Gestión, en donde se determinó que no fue posible cumplirla, por lo que se acordó que solo se realizara una evaluación en el año	Unidad Organizativa de la Calidad y Dirección

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	SEGUNDO TRIMESTRE				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
4.1.2	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	N° de Informes de Resultados	4	Informes y Presentación	Unidad Organizativa de la Calidad con el Apoyo de la UEES y Divisiones Médica, Quirúrgica y de Enfermería	1	1	100%	La evidencia de cumplimiento de esta actividad se puede verificar ingresando por internet al Sistema del MINSAL. Se realizó la revisión en la plataforma virtual, en reunión de Dirección	Unidad Organizativa de la Calidad
4.1.3	Monitoreo y Evaluación de Proyectos de Mejora Institucional	N° de Informes de Avances y/o Resultados	4	Informes de Avance de o Resultados de Proyectos	UOC y Equipo de Proyectos	1	1	100%	El informe de Proyectos Institucionales fue recibido vía correo electrónico el 18-07-2017. Los proyectos de Calidad fueron presentados en reunión de Sala Situacional, la evidencia esta en actas de sala y UOC	Unidad Organizativa de la Calidad y Equipo de Proyectos
4.1.4	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamericana	1	Informe de Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Dirección con el apoyo y coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad					Unidad Organizativa de la Calidad y Dirección

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	SEGUNDO TRIMESTRE				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
4.1.5	Fortalece la investigación institucional con enfoque en los problemas sanitarios hospitalarios	N° de estudios de investigación realizados	5	Documentos entregados	UDP					Unidad de Formación Profesional
4.1.6	Monitoreo y Funcionamiento de los Comités del Hospital	Informe de Resultados	4	Actas y/o ayuda memoria de reuniones de Trabajo	Unidad Organizativa de la Calidad con el apoyo de Dirección	1	1	100%	La evidencia de cumplimiento se registra en las actas de reunión de la UOC	Unidad Organizativa de la Calidad
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>						<b>75%</b>				
<b>5</b>	<b>Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación y Monitoreo y Evaluación Institucional</b>									
5.1	<b>Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias</b>									
5.1.1	Monitorear y Evaluar el Plan Anual Operativo Institucional	N° de Monitoreos del POA 2015	4	Informes de Respaldo en los Sistemas y Evidencia documental	Dirección en Coordinación de la Unidad de Planificación	1	1	100%		Unidad de Planificación
5.1.2	Controlar el proceso de entrega de elaboración y evaluación de Planes Anuales Operativos Específicos de las dependencias del Hospital	% de Dependencias que cumplieron	100%	Informe de Control de entregas	Jefes de División en coordinación con la Unidad de Planificación					Unidad de Planificación

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	SEGUNDO TRIMESTRE				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
5.1.3	Monitoreo del cumplimiento de evaluación de Planes Anuales Operativos Específicos de las dependencias del Hospital	% de Dependencias que cumplieron	100%	Informe de Control de entregas de PAOS autoevaluados	Jefes de División en coordinación con la Unidad de Planificación	100%	12%	12%	Factores actitudinales en el personal	Unidad de Planificación
5.1.4	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	N° de Informes de Indicadores	12	Informe Mensual enviado al MINSAL	Unidad de EESIS y la Unidad de Planificación en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	3	3	100%	Los informes se elabora en la Unidad de Planificación y se envían mensualmente vía correo electrónico para revisión a los Jefes de División Médica y de Cirugía y luego al MINSAL	Unidad de Planificación
5.1.5	Implementación de reuniones de Dirección para evaluar la gestión de los Servicios Asistenciales en Sala Situacional	N° de reuniones	4	Actas de Reunión	Dirección	1	0	0%	Falta de Tiempo para realizar el cumplimiento de lo programado	Unidad de Epidemiología, Estadística e Información en Salud
5.1.6	Seguimiento de los resultados en la aplicación de las herramientas para la Gestión de Costos Institucional	% de Centros de Producción que han enviado información par costeo	100%	Informes para Costeo	Jefes de División y Unidades Adscritas a la Dirección en coordinación con Recursos Humanos, coordinador del Activo Fijo y Unidad de Planificación	100%	100%	100%	La evidencia de cumplimiento se encuentra en la Unidad de Planificación	Unidad de Planificación

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	SEGUNDO TRIMESTRE				
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>					<b>62%</b>				
6	<b>Objetivo: Realizar acciones que permitan la Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales y que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente</b>								
6.1.	<b>Resultado: Resultado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambientes</b>								
6.1.1	Presentación de Informe de cumplimiento de Valoración de Riesgos	% de Dependencias que cuentan con Valoración de Riesgo	100%	Informe Consolidado de Cumplimiento	Jefes de División y Departamento en coordinación con la Unidad de Planificación				Unidad de Planificación
6.1.2	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Simulacro Realizados	1	Informe del Simulacro	Comité de Emergencia y Desastres	1.00		<b>Esta actividad se reprogramó para otro Trimestre</b>	Unidad Organizativa de la Calidad
6.1.3	Creación del Comité Medio Ambiental	Resolución de la dirección	1	Archivos de Dirección y UOC	Dirección, División Administrativa y Jefe UOC				Unidad Organizativa de la Calidad
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>					<b>62%</b>				

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	SEGUNDO TRIMESTRE				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
7	<b>Objetivo: Fomentar el Desarrollo del Recurso Humano</b>									
7.1.	<b>Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano</b>									
7.1.1	Continuar con la implementación del Plan de Mejora del Recurso Humano	Informes de Resultados	3	Cumplimiento de la Programación de la Implementación del Plan	Departamento de Recursos Humanos	1	0	0%	<b>NO se contó con la evidencia para evaluar el resultado</b>	Departamento de Recursos Humanos
7.1.2	Elaborar un Diagnóstico de Carga Laboral Institucional	Informe de Resultados del Diagnóstico	1	Respaldo Documental del Diagnóstico	Departamento de Recursos Humanos					Departamento de Recursos Humanos
7.1.3	Conformación del Comité Académico	Resolución de Dirección	1	Archivos de Dirección y UOC	Dirección y Unidades de Formación Profesional					Unidad Organizativa de la Calidad
7.1.4	Curso de Formación Gerencial	Curso Gerencial realizado	1	Programación de capacitación, Listas de Asistencia	UDP, UDECAP y Planificación	1			<b>Esta actividad se programará y se realizará en el 4° Trimestre (Octubre)</b>	Unidad de Desarrollo Profesional
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>						<b>0%</b>				

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	SEGUNDO TRIMESTRE				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
8	<b>Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información</b>									
8.1.	<b>Resultado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa</b>									
8.1.1	Implementación del Módulo de Indicaciones Médicas	Módulo Informático Funcionando	1	Respaldo documental del proceso de implementación	Departamento de Informática y Farmacia					Departamento de Farmacia
8.1.2	Actualización y/o generación de reportes Gerenciales de módulos informáticos institucionales	N° de módulos con reportes Gerenciales	3	Informes en Sistemas	Informática en coordinación con Unidad de Planificación y administradores de los Módulos					Departamento de Informática
<b>TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO</b>										
<b>RESULTADOS EVALUACION DEL SEGUNDO TRIMESTRE PAOI 2017</b>								<b>71%</b>		

**Hospital: Nacional de Niños Benjamín Bloom**  
**Plan Operativo Anual**  
**Año 2017**

**Compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados**

**Período evaluado: De abril a junio de 2017**

<b>Resultado esperado</b> (según formulario Programación anual y Seguimiento)		<b>Calificación</b>	<b>Factor o situación que impidió la realización de la meta</b>	<b>Medidas a adoptar</b>	<b>Antes de</b> (qué fecha)	<b>Responsable</b>
1.1.	Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional	92%	De las actividades de este resultado esperado en el % de adherencia al lavado de manos, se obtuvo un 77% de cumplimiento, por lo que no se logró lo esperado	Se promoverá el plan de motivacional para el lavado de manos por parte del comité de IASS y las jefaturas de servicios.	4° Trimestre	Coordinador de Comité de IASS y Jefaturas de Servicios
2.1.	Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional	100%				
2.2.	Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	66%	En dos de las actividades del resultado no se logró lo esperado. Una actividad es la eficientización de los Servicios diagnósticos, en la cual la calificación fue baja y no se logró lo esperado por incremento en la demanda de pacientes de neumonías en máxima Urgencia, y la	Se realizará la revisión e investigación sobre el uso de los servicios diagnóstico especialmente de Laboratorio, a fin de tomar decisiones basados en evidencia tanto de la demanda como del uso. En relación al uso racional de antibióticos se está monitoreando el grado de avance del Plan	4° Trimestre	Jefaturas de División de Servicios Diagnóstico, Departamento de Emergencia y Comité de Farmacoterapia

<b>Resultado esperado</b> (según formulario Programación anual y Seguimiento)		<b>Calificación</b>	<b>Factor o situación que impidió la realización de la meta</b>	<b>Medidas a adoptar</b>	<b>Antes de</b> (qué fecha)	<b>Responsable</b>
			otra el Plan de uso racional de antibióticos, que aún no se ha podido implementar, está en proceso			
3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	100				
4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	75%	En este resultado la actividad de Evaluación de la Satisfacción de los pacientes no se pudo cumplir entre otras por las asignaciones emergentes que requieren atención.	Se evaluó en el Consejo Estratégico de Gestión, que esta actividad dada la magnitud de como se ha planificado se realizará una vez al año.	4° Trimestre	Unidad Organizativa de la Calidad
5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	62%	En este resultado dos actividades afectaron la calificación. Una de las actividades es el monitoreo de los PAOs internos, de los cuales solo se cuenta con el 12% de las dependencias. La otra actividad es la implementación de reuniones de Dirección para Evaluar la Gestión de los Servicios Asistenciales, la cual no fue posible realizar por falta de tiempo por la demanda de actividades emergentes	Para actividad de los monitoreos de PAOs, enviará nota como recordatorio a las Jefaturas para cumplan oportunamente con dicha actividad. En el caso de las reuniones para evaluar la Gestión de los Servicios, las Divisiones Médicas y Quirúrgicas realizan la programación para cumplir con esta actividad.	3° Trimestre	Jefes de División Médica y Quirúrgica

<b>Resultado esperado</b> (según formulario Programación anual y Seguimiento)		<b>Calificación</b>	<b>Factor o situación que impidió la realización de la meta</b>	<b>Medidas a adoptar</b>	<b>Antes de</b> (qué fecha)	<b>Responsable</b>
6.1	Resultado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente	No se Evaluó el resultado	En este resultado se había programado la evaluación de una actividad, la cual se reprogramó para otro trimestre			
7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	0%	Este resultado para este trimestre solo se programaron dos actividades de las cuales una se reprogramó para su cumplimiento para el 4° trimestre y la otra actividad dado que no se contó con la evidencia se considera no cumplida.	Se realizará el monitoreo para el cumplimiento de lo reprogramado y se gestionará con el responsable de la actividad para que presente la evidencia o justificación para poder evaluar la actividad planificada.	3° Trimestre	Unidad de Planificación
8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	No se programó su evaluación en este período				
<b>Promedio de Cumplimiento del Trimestre: 71%</b>						

# Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

## Unidad de Planificación

### Informe de Monitoreo de Cumplimiento de Metas de Producción De abril a junio de 2017

#### Producción y Cumplimiento de Metas de Consulta Ambulatoria

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl	Prog.	Realiz.	% Cumpl	Prog.	Realiz.	% Cumpl	Prog.	Realiz.	% Cumpl
<b>Especialidades Quirúrgicas</b>	<b>3,494</b>	<b>3,221</b>	<b>92%</b>	<b>5,242</b>	<b>4,677</b>	<b>89%</b>	<b>5,491</b>	<b>4,606</b>	<b>84%</b>	<b>14,227</b>	<b>12,504</b>	<b>88%</b>
Anestesiología / Algología	90	0	0%	134	0	0%	141	0	0%	365	0	0%
Cirugía Cardiovascular	31	24	77%	46	34	74%	48	40	83%	125	98	78%
Cirugía General	403	423	105%	605	608	100%	634	630	99%	1,642	1,661	101%
Cirugía Neonatal	45	37	82%	67	79	118%	70	60	86%	182	176	97%
Cirugía Oncológica	22	27	123%	34	37	109%	35	31	89%	91	95	104%
Cirugía Plástica	238	208	87%	357	283	79%	374	235	63%	969	726	75%
Maxilofacial	67	0	0%	101	0	0%	106	0	0%	274	0	0%
Neurocirugía	224	207	92%	336	333	99%	352	373	106%	912	913	100%
Oftalmología	728	815	112%	1,092	1,309	120%	1,144	1,289	113%	2,964	3,413	115%
Ortopedia	515	603	117%	773	747	97%	810	737	91%	2,098	2,087	99%
Otorrinolaringología	694	606	87%	1,042	861	83%	1,091	801	73%	2,827	2,268	80%
Urología	437	271	62%	655	386	59%	686	410	60%	1,778	1,067	60%
<b>Especialidades Médicas</b>	<b>6,775</b>	<b>5,902</b>	<b>87%</b>	<b>10,162</b>	<b>8,758</b>	<b>86%</b>	<b>10,647</b>	<b>8,602</b>	<b>81%</b>	<b>27,584</b>	<b>23,262</b>	<b>84%</b>
Alergología / Inmunología	526	346	66%	790	579	73%	827	478	58%	2,143	1,403	65%
Cardiología	459	440	96%	689	721	105%	722	666	92%	1,870	1,827	98%
CENID	308	204	66%	462	303	66%	484	289	60%	1,254	796	63%
Dermatología	347	324	93%	521	445	85%	546	487	89%	1,414	1,256	89%

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cump.									
Endocrinología	594	517	87%	890	854	96%	933	744	80%	2,417	2,115	88%
Fisiatría	105	0	0%	158	0	0%	165	169	102%	428	169	39%
Gastroenterología	336	257	76%	504	399	79%	528	422	80%	1,368	1,078	79%
Hematología	448	446	100%	672	569	85%	704	523	74%	1,824	1,538	84%
Infectología	45	47	104%	67	48	72%	70	51	73%	182	146	80%
Nefrología	263	233	89%	395	302	76%	414	308	74%	1,072	843	79%
Neumología	350	284	81%	525	494	94%	550	480	87%	1,425	1,258	88%
Neurología	650	487	75%	974	829	85%	1,021	760	74%	2,645	2,076	78%
Nutriología	56	52	93%	84	83	99%	88	84	95%	228	219	96%
Oncología	560	599	107%	840	853	102%	880	845	96%	2,280	2,297	101%
Pediatría General	1,232	1,137	92%	1,848	1,565	85%	1,936	1,618	84%	5,016	4,320	86%
Psiquiatría	370	408	110%	554	573	103%	581	504	87%	1,505	1,485	99%
Reumatología	126	121	96%	189	141	75%	198	174	88%	513	436	85%
<b>Total de Especialidades Médicas</b>	<b>10,269</b>	<b>9,123</b>	<b>89%</b>	<b>15,404</b>	<b>13,435</b>	<b>87%</b>	<b>16,138</b>	<b>13,208</b>	<b>82%</b>	<b>41,811</b>	<b>35,766</b>	<b>86%</b>
<b>Consulta Externa Odontológica</b>	<b>656</b>	<b>625</b>	<b>95%</b>	<b>983</b>	<b>958</b>	<b>97%</b>	<b>1031</b>	<b>933</b>	<b>90%</b>	<b>2670</b>	<b>2516</b>	<b>94%</b>
Odontológica de primera vez	164	94	57%	246	152	62%	258	211	82%	668	457	68%
Odontológica subsecuente	492	531	108%	737	806	109%	773	722	93%	2,002	2,059	103%
<b>Otras Atenciones Consulta Externa Médica</b>	<b>927</b>	<b>598</b>	<b>65%</b>	<b>1131</b>	<b>744</b>	<b>66%</b>	<b>1160</b>	<b>839</b>	<b>72%</b>	<b>3218</b>	<b>2181</b>	<b>68%</b>
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	518	341	66%	518	435	84%	518	578	112%	1,554	1,354	87%
Nutrición	213	0	0%	319	0	0%	334	0	0%	866	0	0%
Psicología	196	257	131%	294	309	105%	308	261	85%	798	827	104%
<b>Total Consulta Externa</b>	<b>11,852</b>	<b>10,346</b>	<b>87%</b>	<b>17,518</b>	<b>15,137</b>	<b>86%</b>	<b>18,329</b>	<b>14,980</b>	<b>82%</b>	<b>47,699</b>	<b>40,463</b>	<b>85%</b>
<b>Emergencias</b>	<b>2,062</b>	<b>1,732</b>	<b>84%</b>	<b>2,130</b>	<b>1,872</b>	<b>88%</b>	<b>2,062</b>	<b>1,942</b>	<b>94%</b>	<b>6,254</b>	<b>5,546</b>	<b>89%</b>
Cirugía General	1,070	1,094	102%	1,105	891	81%	1,070	844	79%	3,245	2,829	87%
Pediatría Gral.	992	638	64%	1,025	981	96%	992	1,098	111%	3,009	2,717	90%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

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

## Producción y Cumplimiento de Metas de Hospitalización

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Sub Especialidades de Medicina</b>	<b>501</b>	<b>407</b>	<b>81%</b>	<b>519</b>	<b>471</b>	<b>91%</b>	<b>501</b>	<b>489</b>	<b>98%</b>	<b>1,521</b>	<b>1,367</b>	<b>90%</b>
Hematología Pediátrica	68	74	109%	70	79	113%	68	56	82%	206	209	101%
Infectología Pediátrica	150	89	59%	156	117	75%	150	137	91%	456	343	75%
Medicina Interna Pediátrica	80	61	76%	83	88	106%	80	90	113%	243	239	98%
Nefrología Pediátrica	19	15	79%	20	20	100%	19	28	147%	58	63	109%
Neonatología	48	48	100%	49	49	100%	48	54	113%	145	151	104%
Oncología Pediátrica	136	120	88%	141	118	84%	136	124	91%	413	362	88%
<b>Sub Especialidades de Cirugía</b>	<b>546</b>	<b>475</b>	<b>87%</b>	<b>565</b>	<b>508</b>	<b>90%</b>	<b>546</b>	<b>524</b>	<b>96%</b>	<b>1,657</b>	<b>1,507</b>	<b>91%</b>
Cirugía Pediátrica	169	201	119%	175	196	112%	169	196	116%	513	593	116%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	92	57	62%	95	77	81%	92	91	99%	279	225	81%
Neurocirugía Pediátrica	97	85	88%	101	85	84%	97	91	94%	295	261	88%
Oftalmología Pediátrica	66	30	45%	68	44	65%	66	51	77%	200	125	63%
Otorrinolaringología Pediátrica	56	20	36%	58	46	79%	56	28	50%	170	94	55%
Ortopedia / Traumatología	66	82	124%	68	60	88%	66	67	102%	200	209	105%
<b>Otros Egresos</b>	<b>86</b>	<b>87</b>	<b>101%</b>	<b>89</b>	<b>87</b>	<b>98%</b>	<b>86</b>	<b>107</b>	<b>124%</b>	<b>261</b>	<b>281</b>	<b>108%</b>
Servicios por Contrato	86	87	101%	89	87	98%	86	107	124%	261	281	108%
<b>Total Egresos</b>	<b>1,133</b>	<b>969</b>	<b>86%</b>	<b>1,173</b>	<b>1,066</b>	<b>91%</b>	<b>1,133</b>	<b>1,120</b>	<b>99%</b>	<b>3,439</b>	<b>3,155</b>	<b>92%</b>
Emergencia	0	5	ND	0	0	ND	0	2	ND	0	7	ND
<b>Cirugía Mayor</b>	<b>787</b>	<b>641</b>	<b>81%</b>	<b>838</b>	<b>787</b>	<b>94%</b>	<b>861</b>	<b>689</b>	<b>80%</b>	<b>2,486</b>	<b>2,117</b>	<b>85%</b>
Electivas para Hospitalización	308	142	46%	343	239	70%	348	200	57%	999	581	58%
Electivas Ambulatorias	165	120	73%	190	187	98%	220	163	74%	575	470	82%
De Emergencia para Hospitalización	275	342	124%	256	312	122%	250	285	114%	781	939	120%
De Emergencia Ambulatoria	39	37	95%	49	49	100%	43	41	95%	131	127	97%
<b>Medicina Crítica</b>												
<b>Unidad de Emergencia</b>												

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.									
Admisiones	1,408	1,127	80%	1,408	1,360	97%	1,408	1,328	94%	4,224	3,815	90%
Transferencias	589	564	96%	589	578	98%	589	562	95%	1,767	1,704	96%
<b>Unidad de Máxima Urgencia</b>												
Admisiones	23	88	383%	23	116	504%	23	120	522%	69	324	470%
Transferencias	23	79	343%	23	109	474%	23	109	474%	69	297	430%
<b>Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios</b>												
Admisiones	127	93	73%	130	128	98%	127	118	93%	384	339	88%
Transferencias	127	91	72%	130	128	98%	127	118	93%	384	337	88%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

Producción: Egresos Hospitalarios (SIMMOW).

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

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

Producción: Partos (SIMMOW por fecha de parto).

Producción: Medicina Critica (SEPS2).

## CONCLUSIONES

1. Que el proceso de Planificación y programación, así como la Evaluación debe realizarse de manera participativa a fin de garantizar el compromiso para lograr los objetivos y resultados esperados.
2. Que para mejorar el proceso de evaluación de la programación del Plan Anual operativo es necesario cumplir con las fechas de entrega de la información o evidencia del cumplimiento de las actividades programadas.
3. Que en el segundo trimestre, el Plan Anual Operativo Institucional 2017, se logró cumplir en un 71%, lo cual significa que cumplimos la meta en un 84%, ya que como Hospital, se programó que el cumplimiento óptimo del Plan debería de ser de un 85% .
4. Que de las actividades programadas en el segundo trimestre del PAOI 2017, cinco no se cumplieron, una de ellas por falta de evidencia documental; y dos se programaron para ser evaluadas en otros trimestres.

## RECOMENDACIONES

1. Que los obstáculos encontrados al evaluar el cumplimiento del Plan, se consideren como oportunidades para mejorar la gestión y los procesos.
2. Se recomienda que las dependencias responsables evalúen el resultado obtenido de las actividades programadas, con el fin de establecer planes que les permitan mejorar el cumplimiento y mejoras en la gestión.
3. Que los informes de Monitoreo una vez evaluados, deben remitirse a todos los involucrados en el cumplimiento a fin de revisar los resultados y establecer acciones que permitan mejorar los resultados esperados.



Dr. Alvaro Hugo Salgado Roldan  
Director