



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dirección

INFORME DE EVALUACIÓN
CUARTO TRIMESTRE
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2018

Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan
Director del HNNBB

San Salvador, 19 de Febrero de 2019

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.

Dentro sus actividades administrativas realiza de conformidad con los lineamientos ministeriales, su Plan Operativo Anual, el cual es un proceso que le permite contar con un instrumento guía para evaluar el funcionamiento del Hospital: El Plan Operativo Anual Institucional 2018 (POAI-2018); en él que 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 4° Trimestre del Plan Anual Operativo Institucional 2018.

Cabe destacar que el resultado trimestral obtenido es producto de un proceso de trabajo realizado con los involucrados en el desarrollo de la gestión, el cual es dirigido por las Autoridades del Hospital a través del Consejo Estratégico de Gestión y coordinado por la Unidad de Planificación, de tal manera que se pueda contar con la evidencia documental de las actividades programadas, la cual es construida por los responsables para hacer posible el proceso de evaluación y calificación de cada una de las actividades programadas.

El proceso de monitoreo y evaluación, ha sido institucionalizado en el Hospital y es realizado en el Consejo Estratégico de Gestión con los responsables directos de las actividades programadas, quienes informan el resultado conforme a la evidencia presentada, la cual es revisada por el equipo técnico y resguardada por cada uno de los responsables de las actividades que se programan en el POAI.

RESUMEN

El informe comprende la Programación de Actividades del 2018, la cual está en concordancia con el Plan del Ministerio de Salud, específicamente con el de la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel; esta programación se presenta con la respectiva evaluación de cada una de las actividades programadas en el trimestre; también se incluye el cumplimiento de la Programación de la Producción.

El informe 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 2018
RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DEL TERCER TRIMESTRE
 De octubre a diciembre de 2018

| No. | Meta anual | Indicador | Medio de verificación | Responsables | Cuatro Trimestre | | | Observaciones | Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad |
|-------|---|-----------|--|-------------------------------------|--|-----------|-----|---------------|---|
| | | | | | Programado | Realizado | % | | |
| 1 | Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil | | | | 59% | | | | |
| 1.1. | Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional | | | | 59% | | | | |
| 1.1.1 | 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) | 80% | % de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos | Informes de Auditoria de Mortalidad | Jefe de Servicios de Hospitalización en coordinación con el apoyo del Comité de Mortalidad | 80% | 72% | 90% | División Médica y Unidad de IEEIS, Unidad de Planificación |
| 1.1.2 | Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos | 70% | % de adherencia de lavado de manos | Registros del Comité de IAASS | Jefes de Servicio con el apoyo del Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria | 70% | 31% | 44% | El resultado es bajo, porque la medición de la adherencia se está haciendo en algunos servicios y para la evaluación se considera que se debe hacer en todos los servicios de hospitalización Comité de IAASS y Unidad de Planificación |

| No. | | Meta anual | Indicador | Medio de verificación | Responsables | Cuatro Trimestre | | | Observaciones | Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad |
|--------|---|------------|---|--|---|------------------|-----------|------|---|--|
| | | | | | | Programado | Realizado | % | | |
| 1.1.3 | Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia) | 4 | N° de Informes de monitoreo | Registros de Informe en Actas de Sala de Situacional (Registro de Presentación de Informe) | Divisiones Médica y División de Enfermería | 1 | 0 | 0% | No se contó con la evidencia del cumplimiento de la actividad | División Médica |
| 1.1.4 | Implementación de tratamiento con radioterapia en personas con diagnóstico de cáncer que lo requieran | 100% | % de cumplimiento de la programación de atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia | Registros de programación y Producción | Coordinador del Centro de Radioterapia | | | | Se decidió no evaluar reprogramar la actividad y realizar la Evaluación en el 2019 | Centro de Radioterapia |
| 1.1.5. | Iniciar el proceso de Trasplante Renales | 2 | N° de Trasplantes realizados | Registros Estadísticos de Producción | Depto. de Nefrología con el Apoyo de División Médica y Quirúrgica | 2 | 3 | 150% | El resultado evidencia que la meta se cumplió en 150% para efectos de evaluación del resultado se considera el cumplimiento esperado de 100%. | División Médica y Quirúrgica |

| No. | | Meta anual | Indicador | Medio de verificación | Responsables | Cuatro Trimestre | | | Observaciones | Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad |
|--------|---|------------|------------------------------|---|--|------------------|-----------|------|--|--|
| | | | | | | Programado | Realizado | % | | |
| 2 | Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario | | | | | 59% | | | | |
| 2.1 | Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional | | | | | 98% | | | | |
| 2.1.1 | Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado | 85% | % de cumplimiento de la Meta | Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE | Jefes de Departamentos de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Jefes de Especialidades | 85% | 82% | 96% | El resultado evidencia por un 3% no se logró cumplir con la meta | División Médica y Quirúrgica, Depto. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Sistemas Oficiales: SIMOWS y SPME |
| 2.1.2 | Lograr el cumplimiento de los servicios de Hospitalización conforme a la meta de producción programada | 85% | % de cumplimiento de la Meta | Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE | Jefes de Servicios de Hospitalización | 85% | 96% | 113% | El resultado evidencia que la meta se cumplió en 113% para efectos de evaluación del resultado se considera el cumplimiento esperado de 100%. | División Médica y Quirúrgica, Depto. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Sistemas Oficiales: SIMOWS y SPME |
| 2.2 | Resultado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial | | | | | 0% | | | | |
| 2.2.1. | Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Especialidades Médicas | 50 | Tiempo de Espera en Días | Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez | Jefe de Depto. de Consulta Externa Médica | 50 | 69 | 0% | El resultado evidencia que el tiempo no se redujo en relación a la meta | División Médica, Depto. de Consulta Externa Médica |

| No. | | Meta anual | Indicador | Medio de verificación | Responsables | Cuatro Trimestre | | | Observaciones | Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad |
|--------|--|------------|---|--|---|------------------|-----------|------|---|--|
| | | | | | | Programado | Realizado | % | | |
| 2.2.2 | Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta Especializada de Cirugía | 50 | Tiempo de Espera en Días Hábiles | Informe de Tiempo de Espera | Jefe | 50 | 74 | 0% | El resultado evidencia que el tiempo no se redujo en relación a la meta | División de Cirugía y Depto. de Consulta Ext. Quirúrgica |
| 2.2.3 | Reducir los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva | 90 | Tiempo de Espera en Días Hábiles | Informe de Tiempo de Espera | Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Con Ext. Qx, Jefes de Especialidades | 90 | 101 | 0% | El resultado evidencia que el tiempo no se redujo en relación a la meta | División de Cirugía y Depto. de Consulta Ext. Quirúrgica |
| 2.2.4. | Cumplir con el Plan de Supervisión Institucional | 10 | % de Supervisiones realizadas | Informes de Resultados de Supervisiones realizadas | Equipo de Supervisión Institucional | 2 | 0 | 0% | No se logró cumplir por saturación de trabajo emergentes | Dirección |
| 2.3 | Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios | | | | | 80% | | | | |
| 2.3.1 | Realizar el Monitoreo del índice de uso de los Servicios de Laboratorio, Radiología y Farmacia | 4 | Informes de Resultados por Servicio Final | Reportes de Producción final y Distribuida | Jefe de División Diagnóstico | 1 | 1 | 100% | El informe muestra que se están realizando 29.9 exámenes por egreso y 1.5 por D.C.O., 0.99 por consulta, 5.7 exámenes por atención de emergencia. 14.5 por Referidos. Se | División de Diagnóstico |

| No. | | Meta anual | Indicador | Medio de verificación | Responsables | Cuatro Trimestre | | | Observaciones | Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad |
|-------|--|------------|----------------------------|--|---|------------------|-----------|------|--|--|
| | | | | | | Programado | Realizado | % | | |
| | | | | | | | | | están realizando 0.3 estudios radiológicos por atenciones de consulta y hospitalización y de Farmacia no se ha podido definir por no contar con el informe. | |
| 2.3.2 | Realizar el monitoreo del índice de uso de Alimentación, Fórmulas, Lavandería , Mantenimiento y Transporte | 4 | N° de Informes Presentados | Reportes de Producción final y Distribuida | Jefe de División Administrativa | 1 | 1 | 100% | El informe muestra que se están distribuyendo 5.66 raciones y 87.01 libras de ropa lavada, 0.01 orden de mantenimiento preventivo y 0.8 kilómetro recorridos por egreso hospitalario | División Administrativa |
| 2.3.3 | Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Medicamentos | 12 | N° de Informes | Informe de monitoreo Presentados | Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de | 3 | 3 | 100% | Mensuales son generados del Informe Semanal del Control de Abastecimiento 2018. El resultado | Departamento de GSTM |

| No. | | Meta anual | Indicador | Medio de verificación | Responsables | Cuatro Trimestre | | | Observaciones | Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad |
|----------|--|------------|---|--------------------------------------|---------------------------------|------------------|-----------|------|---|--|
| | | | | | | Programado | Realizado | % | | |
| | | | | | Farmacoterapia y Farmacia | | | | del trimestre fue del 81.46% | |
| 2.3.4. | Realizar el monitoreo del cumplimiento de la Política de Ahorro | 4 | N° de Informes de Resultados del Monitoreo del Ahorro | Informe Presentado | Unidad Financiera Institucional | 1 | 1 | 100% | El informe muestra un ahorro del 0.1% en el rubro de remuneraciones del fondo general y un 4.2% de fondos propios en el rubro de Bienes y servicios | UFI, Dirección |
| 2.3.5 | Monitoreo del Plan para el Uso Racional de antibióticos | 3 | Informes de Monitoreo y Evaluación del Plan de Uso Racional de Antibióticos | Informes | Comité Farmacoterapia | 1 | 0 | 100% | No se contó con la evidencia para evaluar la actividad | División Médica y Quirúrgica |
| 3 | Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional | | | | | 67% | | | | |
| 3.1 | Resultado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional | | | | | 67% | | | | |
| 3.1.1 | Evaluar el Plan de Capacitación Institucional | 2 | N° de Informes de Resultados | Registros del Depto. de Capacitación | UDP | 1 | 1 | 100% | | UDP y Departamento de Capacitación |

| No. | | Meta anual | Indicador | Medio de verificación | Responsables | Cuatro Trimestre | | | Observaciones | Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad |
|------------|---|------------|--|--|---|------------------|-----------|------|---|--|
| | | | | | | Programado | Realizado | % | | |
| 3.1.2. | Seguimiento de la Implementación de la Gestión por Proceso | 4 | N° de Informes de Avances de las Fases | Informes presentados | Unidad de Planificación y UOC | 1 | 1 | 100% | El informe evidencia que de las fases del proceso que incluye 7 actividades, se ha cumplido el 6.25% | Unidad de Planificación |
| 3.1.3. | Implementar Guías Terapéuticas | 1 | Informe de implementación | Guías Clínicas Elaboradas | Jefes de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica | 1 | 0 | 0% | No se contó con la evidencia para evaluar la actividad | División Médica y Quirúrgica |
| 4 | Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad | | | | | 100% | | | | |
| 4.1 | Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad | | | | | 100% | | | | |
| 4.1.1 | Evaluación de la Satisfacción de Atención de los pacientes | 1 | Informes con Resultados de la Evaluación | Informes de Evaluación de la Calidad de Atención Asistencial | Jefe de la UOC apoyado por los Jefes de División Médica, Quirúrgica, Enfermería y Comité de Auditoría del | | | | La evaluación de esta actividad no está programada en este trimestre | UOC |

| No. | | Meta anual | Indicador | Medio de verificación | Responsables | Cuatro Trimestre | | | Observaciones | Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad |
|--------|--|------------|--|--|---|------------------|-----------|------|--|--|
| | | | | | | Programado | Realizado | % | | |
| | | | | | Desempeño Médico | | | | | |
| 4.1.2. | Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad | 4 | Informes de Resultados de los estándares | Informes y Presentación | Unidad Organizativa de la Calidad con el Apoyo de la UEES y Divisiones Médica, Quirúrgica y de Enfermería | 1 | 1 | 100% | El monitoreo de la actividad se realizar a través de la plataforma virtual del MINSAL, y se presentan los resultados en reunión de Dirección | UOC y Sistema Oficial |
| 4.1.3 | Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad | 1 | % de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica | Informe de Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad | Dirección con el apoyo y coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad | | | | La evaluación de esta actividad no está programada en este trimestre | UOC |
| 4.1.4 | Fortalecer la investigación institucional con enfoque a los problemas sanitarios hospitalarios | 5 | Numero de Estudios de Investigación realizados | Documentos entregados | UDP | 5 | 14 | 280% | El resultado evidencia que la meta se cumplió en 280% para efectos de evaluación del resultado se considera el cumplimiento esperado de 100%. | UDP |

| No. | | Meta anual | Indicador | Medio de verificación | Responsables | Cuatro Trimestre | | | Observaciones | Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad |
|--------|---|------------|--|---|---|------------------|-----------|------|---|--|
| | | | | | | Programado | Realizado | % | | |
| 4.1.5 | Monitoreo de funcionamiento de los Comités | 4 | N° de Informes de Monitoreo | Informes Presentados por los Comités a la UOC | UOC con apoyo de Dirección | 1 | 1 | 100% | | UOC |
| 4.1.6 | Identificar las necesidades de recursos de infraestructura y equipamiento esencial para la atención especializada de personas afectadas por violencia en todas sus formas | 1 | Informe del proceso de Identificación de necesidades | Informes presentados | Departamento de Pediatría Social con el Apoyo de la Unidad de Planificación | | | | La evaluación de esta actividad no está programada en este trimestre | Pediatría Social |
| 5 | Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional | | | | | 56% | | | | |
| 5.1 | Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias | | | | | 56% | | | | |
| 5.1.1 | Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional | 4 | N° de Monitoreos | Informes de Respaldo en los Sistemas y Evidencia documental | Dirección en Coordinación de la Unidad de Planificación | 1 | 1 | 100% | El informe de Resultados Considerado en esta Evaluación es el del 3° Trimestre 2017 | Unidad de Planificación |
| 5.1.2. | Monitoreo del cumplimiento de evaluación de Planes Anuales Operativos Específicos de las dependencias del Hospital | 100% | % de Dependencias que cumplieron | Informe de Control de entregas | Jefes de División en coordinación con la Unidad de Planificación | 100% | 78% | 78% | El resultado de la evaluación de esta actividad, es conforme al informe realizado al 28-01-2019 | Unidad de Planificación |

| No. | | Meta anual | Indicador | Medio de verificación | Responsables | Cuatro Trimestre | | | Observaciones | Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad |
|--------|---|------------|---|--|--|------------------|-----------|------|--|--|
| | | | | | | Programado | Realizado | % | | |
| 5.1.3. | Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria | 12 | N° de Informes de Indicadores | Informes mensual enviados al MINSAL | Unidad de EESIS y la Unidad de Planificación en coordinación con Comité Estratégico de Gestión | 3 | 3 | 100% | El informe de Resultados para evaluar esta actividad, son los informes mensuales. | Unidad de Planificación |
| 5.1.4. | Evaluación de la gestión de los Servicios Asistenciales en la Sala Situacional | 8 | N° Evaluaciones realizadas | Actas de reunión | Jefes de UEEIS y Jefaturas de División y Servicios | 2 | 0 | 0% | No se cuenta con la evidencia para realizar su evaluación | Unidad de EEIS |
| 5.1.6. | Evaluación de los resultados del Sistema PERC | 4 | N° de Evaluaciones | Resultados del Sistema y Acta de Reunión de Evaluación | Equipo de Trabajo de Costeo | 1 | 0 | 0% | No se cuenta con la Información en el Sistema para realizar la Evaluación | Dirección |
| 6 | Objetivo: Realizar acciones que permitan la Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales y que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 6.1.1 | Presentación de Informe de cumplimiento de Valoración de Riesgos | 100% | % de Dependencias que cuentan con la Valoración de Riesgo | Informe Consolidado de Cumplimiento | Jefes de División y Departamento en coordinación con la Unidad de Planificación | | | | La evaluación de esta actividad no está programada en este trimestre | Unidad de Planificación |

| No. | | Meta anual | Indicador | Medio de verificación | Responsables | Cuatro Trimestre | | | Observaciones | Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad |
|----------|--|------------|---------------------------------------|--|---|------------------|-----------|----|--|--|
| | | | | | | Programado | Realizado | % | | |
| 6.1.2. | Realización de Simulacro de Emergencia | 2 | Informe de Simulacro Realizados | Informe del Simulacro | UOC a través del Comité de Emergencia y Desastres | | | | La evaluación de esta actividad no está programada en este trimestre | UOC |
| 7 | Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano | | | | | 0% | | | | |
| 7.1. | Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano | | | | | 0% | | | | |
| 7.1.1. | Rediseñar e Implementar el Plan de Desarrollo del Recurso Humano | 3 | Informes de Resultados | Cumplimiento de la Programación de Implementación del Plan | Departamento de Recursos Humanos | 1 | 0 | 0% | No se contó con la Evidencia para evaluar la Implementación | Departamento de Recursos Humanos |
| 7.1.2. | Elaborar el Diagnóstico de Carga Laboral para el personal médico y enfermería | 1 | Informe de Resultados del Diagnóstico | Respaldo Documental del Diagnóstico | Departamento de Recursos Humanos | | | | La evaluación de esta actividad no está programada en este trimestre | Departamento de Recursos Humanos |
| 7.1.3. | Curso de Formación Gerencial | 1 | Curso gerencial realizado | Programación de capacitaciones Listas de Asistencia | UDP, Planificación, UOC | | | | La evaluación de esta actividad no está programada en este trimestre | Departamento de Capacitación |
| 8 | Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información | | | | | 100% | | | | |
| 8.1. | Resultado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa | | | | | 100% | | | | |

| No. | | Meta anual | Indicador | Medio de verificación | Responsables | Cuatro Trimestre | | | Observaciones | Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad |
|---|--|------------|--|----------------------------------|----------------|------------------|-----------|------|---|--|
| | | | | | | Programado | Realizado | % | | |
| 8.2 | Monitoreo de la generación de la Información Estadística | 4 | % de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información | Informes de Control Estadísticos | Unidad de EEIS | 1 | 1 | 100% | El porcentaje de Dependencias que cumplieron oportunamente en el trimestre aproximadamente del 44% | Unidad de EEIS |
| Calificación de los Objetivos Estratégicos | | | | | | 63% | | | | |
| Calificación de Resultados Esperados | | | | | | 62% | | | | |

Hospital: Nacional de Niños Benjamín Bloom
Plan Operativo Anual
Año 2018

Compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados

Período evaluado: De octubre a diciembre de 2018

| N° Corr | Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento) | Calificación | Factor o situación que impidió la realización de la meta | Medidas a adoptar | Antes de (qué fecha) | Responsable |
|--------------------|---|---------------------|---|--|--------------------------------|--|
| 1 | 1.1. Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional | 59% | De las actividades que comprende este resultado esperado no se logró la meta, una de las actividades no se pudo evaluar, por no contar con la evidencia que respaldara su cumplimiento. | Establecer medidas de control y mejorar la comunicación | 2019 | Jefe de División Médica con el apoyo de la División de Enfermería |
| 2 | 2.1. Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional | 98% | El resultado ha sido afectado porque no se logró con la meta de producción de Consulta Externa, la disminución se debe a las ausencias tanto de personal interno como de los pacientes | Los Jefes de División Médica y Quirúrgica giraran instrucciones para que los responsables realicen las acciones o plan de mejora | 2019 | Jefes de Consulta Externa Médica y Quirúrgica con el Apoyo de la Jefatura Inmediata Superior |

| N° Corr | Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento) | | Calificación | Factor o situación que impidió la realización de la meta | Medidas a adoptar | Antes de (qué fecha) | Responsable |
|--------------------|--|---|---------------------|--|---|--------------------------------|--|
| 3 | 2.2. | Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión Institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial | 0% | El resultado esperado se ha visto afectado por el Incremento en las ausencias y disminución del monitoreo de la gestión asistencial, y no se ha podido cumplir con la programación del Plan de Supervisión | Los Jefes de División Médica y Quirúrgica giraran instrucciones para que los responsables de los Servicios finales, realicen un Plan de Mejora | 2019 | Jefes de Consulta Externa Médica y Quirúrgica con el Apoyo de la Jefatura Inmediata Superior |
| 4 | 2.3. | Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios | 80% | El resultado esperado se ha visto afectado porque una de las actividades que incluye se ha evaluado con cero, debido a que no se contó con la evidencia documental que compruebe su cumplimiento. | El Responsable de la Actividad deberá establecer las acciones necesarias para que se dé cumplimiento | 2019 | Coordinador del Comité de Farmacoterapia |
| 5 | 3.1 | Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales | 67% | El resultado esperado de debe a que no fue posible evaluar una de las actividades programadas , por falta de evidencia de cumplimiento | El Responsable de la Actividad deberá establecer las acciones necesarias para que se dé cumplimiento | 2019 | Jefes de División Médica y Quirúrgica |
| 6 | 4.1. | Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad | 100% | El resultado muestra el cumplimiento esperado en la programación | | | |
| 7 | 5.1. | Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias | 56% | El resultado se ha visto afectado porque dos actividades programadas no se evaluaron por no contar con la evidencia de su | Se girará indicación para que se asegure la realización de las actividades programadas y se genere la información que evidencie su cumplimiento | 2019 | Dirección |

| N° Corr | Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento) | Calificación | Factor o situación que impidió la realización de la meta | Medidas a adoptar | Antes de (qué fecha) | Responsable |
|--|--|---------------------|--|---|--------------------------------|--------------------|
| | | | cumplimiento | | | |
| 8 | 6.1 Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente | 0% | La evaluación de este resultado no fue programado en este trimestre | | | |
| 9 | 7.1 Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano | 0% | En este trimestre solo programo para evaluación una actividad la cual no fue posible evaluar porque no se contó con la información que evidencie su cumplimiento | Se evaluará la posibilidad de incluirla en el PAOI 2019 | 2019 | Dirección |
| 10 | 8.1 Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa | 100% | El resultado muestra el cumplimiento esperado en la programación | | | |
| Promedio de Cumplimiento del Trimestre: 62% | | | | | | |

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Unidad de Planificación

Informe de Monitoreo de Cumplimiento de Metas de Producción De octubre a diciembre de 2018

| Actividades | Octubre | | | Noviembre | | | Diciembre | | | Total | | |
|--|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. |
| HOSPITALIZACION | | | | | | | | | | | | |
| Sub Especialidades Médicas | 458 | 478 | 104% | 447 | 459 | 103% | 448 | 453 | 101% | 1,353 | 1,390 | 103% |
| Hematología Pediátrica | 70 | 60 | 86% | 68 | 73 | 107% | 70 | 57 | 81% | 208 | 190 | 91% |
| Infectología Pediátrica | 125 | 143 | 114% | 125 | 130 | 104% | 115 | 146 | 127% | 365 | 419 | 115% |
| Medicina Interna Pediátrica | 63 | 92 | 146% | 61 | 70 | 115% | 63 | 80 | 127% | 187 | 242 | 129% |
| Nefrología Pediátrica | 22 | 25 | 114% | 21 | 22 | 105% | 22 | 19 | 86% | 65 | 66 | 102% |
| Neonatología | 46 | 51 | 111% | 45 | 55 | 122% | 46 | 40 | 87% | 137 | 146 | 107% |
| Oncología Pediátrica | 132 | 107 | 81% | 127 | 109 | 86% | 132 | 111 | 84% | 391 | 327 | 84% |
| Sub Especialidades de Quirúrgicas | 538 | 460 | 86% | 521 | 481 | 92% | 538 | 508 | 94% | 1,597 | 1,449 | 91% |
| Cirugía Pediátrica | 177 | 200 | 113% | 171 | 180 | 105% | 177 | 178 | 101% | 525 | 558 | 106% |
| Cirugía Reconstructiva Pediátrica | 71 | 66 | 93% | 69 | 91 | 132% | 71 | 79 | 111% | 211 | 236 | 112% |
| Neurocirugía Pediátrica | 92 | 57 | 62% | 89 | 81 | 91% | 93 | 85 | 91% | 274 | 223 | 81% |
| Oftalmología Pediátrica | 68 | 41 | 60% | 66 | 41 | 62% | 67 | 38 | 57% | 201 | 120 | 60% |
| Ortopedia / Traumatología | 72 | 69 | 96% | 69 | 66 | 96% | 72 | 93 | 129% | 213 | 228 | 107% |
| Otorrinolaringología Pediátrica | 58 | 27 | 47% | 57 | 22 | 39% | 58 | 35 | 60% | 173 | 84 | 49% |
| Otros Egresos | 90 | 81 | 90% | 87 | 84 | 97% | 90 | 81 | 90% | 267 | 246 | 92% |
| Servicios por Contrato | 90 | 81 | 90% | 87 | 84 | 97% | 90 | 81 | 90% | 267 | 246 | 92% |
| Total de Egresos | 1,086 | 1,019 | 94% | 1,055 | 1,024 | 97% | 1,076 | 1,042 | 97% | 3,217 | 3,085 | 96% |

| Actividades | Octubre | | | Noviembre | | | Diciembre | | | Total | | |
|---------------------------------------|---------------|--------------|------------|---------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|---------------|---------------|------------|
| | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. |
| CONSULTA AMBULATORIA | | | | | | | | | | | | |
| Sub Especialidades Médicas | 11,619 | 8,411 | 72% | 10,609 | 8,265 | 78% | 7,578 | 5,910 | 78% | 29,806 | 22,586 | 76% |
| Alergología / Inmunología | 864 | 854 | 99% | 790 | 912 | 115% | 564 | 662 | 117% | 2,218 | 2,428 | 109% |
| Cardiología | 782 | 612 | 78% | 714 | 529 | 74% | 510 | 405 | 79% | 2,006 | 1,546 | 77% |
| CENID | 368 | 268 | 73% | 336 | 267 | 79% | 240 | 184 | 77% | 944 | 719 | 76% |
| Dermatología | 570 | 528 | 93% | 521 | 430 | 83% | 372 | 387 | 104% | 1,463 | 1,345 | 92% |
| Endocrinología | 975 | 748 | 77% | 891 | 888 | 100% | 636 | 648 | 102% | 2,502 | 2,284 | 91% |
| Fisiatría | 161 | | | 147 | | | 105 | | | 413 | | |
| Gastroenterología | 442 | 412 | 93% | 403 | 434 | 108% | 288 | 281 | 98% | 1,133 | 1,127 | 99% |
| Hematología | 736 | 515 | 70% | 672 | 566 | 84% | 480 | 369 | 77% | 1,888 | 1,450 | 77% |
| Infectología | 74 | 58 | 78% | 67 | 65 | 97% | 48 | 49 | 102% | 189 | 172 | 91% |
| Nefrología | 446 | 357 | 80% | 407 | 335 | 82% | 291 | 258 | 89% | 1,144 | 950 | 83% |
| Neumología | 1,012 | 499 | 49% | 924 | 465 | 50% | 660 | 330 | 50% | 2,596 | 1,294 | 50% |
| Neurología | 1,067 | 835 | 78% | 974 | 771 | 79% | 696 | 541 | 78% | 2,737 | 2,147 | 78% |
| Oncología | 920 | 805 | 88% | 840 | 762 | 91% | 600 | 499 | 83% | 2,360 | 2,066 | 88% |
| Pediatría General | 2,116 | 1,181 | 56% | 1,932 | 1,139 | 59% | 1,380 | 770 | 56% | 5,428 | 3,090 | 57% |
| Psiquiatría | 810 | 532 | 66% | 739 | 465 | 63% | 528 | 336 | 64% | 2,077 | 1,333 | 64% |
| Reumatología | 276 | 207 | 75% | 252 | 237 | 94% | 180 | 191 | 106% | 708 | 635 | 90% |
| Sub Especialidades Quirúrgicas | 5,627 | 5,220 | 93% | 5,220 | 4,874 | 93% | 3,998 | 3,474 | 87% | 14,845 | 13,568 | 91% |
| Anestesiología / Algología | 184 | 125 | 68% | 168 | 97 | 58% | 120 | 90 | 75% | 472 | 312 | 66% |
| Cirugía Cardiovascular | 46 | 32 | 70% | 42 | 39 | 93% | 30 | 29 | 97% | 118 | 100 | 85% |
| Cirugía General | 626 | 609 | 97% | 571 | 647 | 113% | 408 | 450 | 110% | 1,605 | 1,706 | 106% |
| Cirugía Maxilofacial | 110 | 77 | 70% | 100 | 99 | 99% | 72 | 60 | 83% | 282 | 236 | 84% |
| Cirugía Neonatal | 74 | 63 | 85% | 68 | 71 | 104% | 48 | 56 | 117% | 190 | 190 | 100% |
| Cirugía Oncológica | 37 | 50 | 135% | 34 | 36 | 106% | 24 | 22 | 92% | 95 | 108 | 114% |
| Cirugía Plástica | 534 | 333 | 62% | 487 | 304 | 62% | 348 | 228 | 66% | 1,369 | 865 | 63% |

| Actividades | Octubre | | | Noviembre | | | Diciembre | | | Total | | |
|---|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|------------|---------------|---------------|-------------|
| | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. |
| Neurocirugía | 340 | 321 | 94% | 311 | 311 | 100% | 222 | 199 | 90% | 873 | 831 | 95% |
| Nutriología | 92 | 87 | 95% | 84 | 84 | 100% | 60 | 65 | 108% | 236 | 236 | 100% |
| Oftalmología | 1,260 | 1,462 | 116% | 1,151 | 1,254 | 109% | 822 | 1,032 | 126% | 3,233 | 3,748 | 116% |
| Ortopedia | 662 | 716 | 108% | 605 | 706 | 117% | 432 | 391 | 91% | 1,699 | 1,813 | 107% |
| Otorrinolaringología | 944 | 932 | 99% | 944 | 884 | 94% | 944 | 589 | 62% | 2,832 | 2,405 | 85% |
| Urología | 718 | 413 | 58% | 655 | 342 | 52% | 468 | 263 | 56% | 1,841 | 1,018 | 55% |
| Total Consulta Externa Médico-Quirúrgico | 17,246 | 13,631 | 79% | 15,829 | 13,139 | 83% | 11,576 | 9,384 | 81% | 44,651 | 36,154 | 81% |
| Consulta Externa Odontológica | 1,164 | 1,044 | 90% | 1,062 | 1,016 | 96% | 759 | 443 | 58% | 2,985 | 2,503 | 84% |
| Odontológica de primera vez | 291 | 667 | 229% | 265 | 669 | 257% | 190 | 185 | 259% | 746 | 1,521 | 204% |
| Odontológica subsecuente | 873 | 377 | 43% | 797 | 347 | 54% | 569 | 258 | 55% | 2,239 | 982 | 44% |
| Otras Atenciones Consulta Externa Médica | 1,299 | 1,306 | 101% | 1,265 | 1,083 | 86% | 932 | 866 | 93% | 3,496 | 3,255 | 93% |
| Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato | 406 | 531 | 131% | 450 | 439 | 98% | 350 | 378 | 108% | 1,206 | 1,348 | 112% |
| Nutrición | 442 | 336 | 76% | 403 | 279 | 69% | 288 | 214 | 74% | 1,133 | 829 | 73% |
| Psicología | 451 | 439 | 97% | 412 | 365 | 89% | 294 | 274 | 93% | 1,157 | 1,078 | 93% |
| Total Consulta Externa | 19,709 | 15,981 | 81% | 18,156 | 15,238 | 84% | 13,267 | 10,693 | 81% | 51,132 | 41,912 | 82% |
| Emergencias | 1,815 | 1,928 | 106% | 1,907 | 1,725 | 90% | 1,947 | 1,596 | 82% | 5,669 | 5,249 | 93% |
| Cirugía General | 1,012 | 959 | 95% | 981 | 821 | 84% | 1,012 | 804 | 79% | 3,005 | 2,584 | 86% |
| Pediatría Gral. | 803 | 969 | 121% | 926 | 904 | 98% | 935 | 792 | 85% | 2,664 | 2,665 | 100% |
| ACTIVIDAD QUIRÚRGICA | | | | | | | | | | | | |
| Cirugía Mayor | 548 | 634 | 116% | 524 | 644 | 123% | 546 | 472 | 86% | 1618 | 1750 | 108% |
| Electivas para Hospitalización | 219 | 250 | 114% | 236 | 292 | 124% | 132 | 186 | 141% | 587 | 728 | 124% |
| Electivas Ambulatorias | 131 | 163 | 124% | 123 | 139 | 113% | 117 | 108 | 92% | 371 | 410 | 111% |
| De Emergencia para Hospitalización | 181 | 210 | 116% | 147 | 203 | 138% | 266 | 174 | 65% | 594 | 587 | 99% |
| De Emergencia Ambulatoria | 17 | 11 | 65% | 18 | 10 | 56% | 31 | 4 | 13% | 66 | 25 | 38% |
| Medicina Crítica | | | | | | | | | | | | |

| Actividades | Octubre | | | Noviembre | | | Diciembre | | | Total | | |
|--|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| | Prog. | Realiz. | % Cmpl. | Prog. | Realiz. | % Cmpl. | Prog. | Realiz. | % Cmpl. | Prog. | Realiz. | % Cmpl. |
| Unidad de Emergencia | | | | | | | | | | | | |
| Admisiones | 1,042 | 1,158 | 111% | 1,008 | 1,195 | 119% | 1,042 | 1,132 | 109% | 3,092 | 3,485 | 113% |
| Transferencias | 1,042 | 635 | 61% | 1,008 | 536 | 53% | 1,042 | 543 | 52% | 3,092 | 1,714 | 55% |
| Unidad de Máxima Urgencia | | | | | | | | | | | | |
| Admisiones | 132 | 109 | 83% | 128 | 87 | 68% | 132 | 90 | 68% | 392 | 286 | 73% |
| Transferencias | 132 | 101 | 77% | 128 | 82 | 64% | 132 | 82 | 62% | 392 | 265 | 68% |
| Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios | | | | | | | | | | | | |
| Admisiones | 122 | 85 | 70% | 119 | 67 | 56% | 122 | 72 | 59% | 363 | 224 | 62% |
| Transferencias | 122 | 159 | 130% | 119 | 132 | 111% | 122 | 113 | 93% | 363 | 404 | 111% |
| SERVICIO INTERMEDIOS DE LABORATORIO CLINICO Y BANCO DE SANGRE | | | | | | | | | | | | |
| Laboratorio Clínico | 63,402 | 68,070 | 107% | 63,402 | 68,555 | 108% | 63,565 | 63,040 | 99% | 190,369 | 199,665 | 105% |
| Hematología | 18,249 | 19,294 | 106% | 18,249 | 18,849 | 103% | 18,272 | 16,006 | 88% | 54,770 | 54,149 | 99% |
| Consulta Externa | 6,390 | 5,513 | 86% | 6,390 | 5,278 | 83% | 6,393 | 3,790 | 59% | 19,173 | 14,581 | 76% |
| Hospitalización | 8,390 | 7,440 | 89% | 8,390 | 7,154 | 85% | 8,394 | 6,218 | 74% | 25,174 | 20,812 | 83% |
| Emergencia | 3,469 | 2,744 | 79% | 3,469 | 2,879 | 83% | 3,475 | 3,240 | 93% | 10,413 | 8,863 | 85% |
| Referido / Otros | NP | 3,597 | | NP | 3,538 | | NP | 2,758 | 27580% | NP | 9,893 | |
| Inmunología | 3,499 | 8,243 | 236% | 3,499 | 8,179 | 234% | 3,527 | 6,106 | 173% | 10,525 | 22,528 | 214% |
| Consulta Externa | 1,408 | 1,108 | 79% | 1,408 | 1,178 | 84% | 1,408 | 1,120 | 80% | 4,224 | 3,406 | 81% |
| Hospitalización | 1,399 | 760 | 54% | 1,399 | 806 | 58% | 1,408 | 802 | 57% | 4,206 | 2,368 | 56% |
| Emergencia | 692 | 222 | 32% | 692 | 323 | 47% | 701 | 319 | 46% | 2,085 | 864 | 41% |
| Referido / Otros | NP | 6,153 | | NP | 5,872 | | NP | 3,865 | | NP | 15,890 | |
| Bacteriología | 4,225 | 4,777 | 113% | 4,225 | 4,758 | 113% | 4,250 | 3,861 | 91% | 12,700 | 13,396 | 105% |
| Consulta Externa | 493 | 274 | 56% | 493 | 376 | 76% | 499 | 290 | 58% | 1,485 | 940 | 63% |
| Hospitalización | 2,658 | 3,019 | 114% | 2,658 | 3,104 | 117% | 2,658 | 2,373 | 89% | 7,974 | 8,496 | 107% |
| Emergencia | 1,074 | 1,484 | 138% | 1,074 | 1,278 | 119% | 1,083 | 1,198 | 111% | 3,231 | 3,960 | 123% |
| Referido / Otros | NP | 0 | | NP | 0 | | NP | 0 | | NP | 0 | |

| Actividades | Octubre | | | Noviembre | | | Diciembre | | | Total | | |
|---|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
| | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. |
| Parasitología | 392 | 444 | 113% | 392 | 397 | 101% | 424 | 357 | 84% | 1,208 | 1,198 | 99% |
| Consulta Externa | 55 | 44 | 80% | 55 | 47 | 85% | 56 | 27 | 48% | 166 | 118 | 71% |
| Hospitalización | 194 | 234 | 121% | 194 | 208 | 107% | 205 | 194 | 95% | 593 | 636 | 107% |
| Emergencia | 143 | 166 | 116% | 143 | 142 | 99% | 153 | 136 | 89% | 439 | 444 | 101% |
| Referido / Otros | NP | 0 | | NP | 0 | | NP | 0 | | NP | 0 | |
| Bioquímica | 35,352 | 33,520 | 95% | 35,352 | 34,615 | 98% | 35,381 | 34,887 | 99% | 106,085 | 103,022 | 97% |
| Consulta Externa | 7,385 | 6,259 | 85% | 7,385 | 7,208 | 98% | 7,394 | 7,267 | 98% | 22,164 | 20,734 | 94% |
| Hospitalización | 21,881 | 19,239 | 88% | 21,881 | 19,463 | 89% | 21,891 | 19,529 | 89% | 65,653 | 58,231 | 89% |
| Emergencia | 6,086 | 4,727 | 78% | 6,086 | 4,860 | 80% | 6,086 | 4,882 | 80% | 18,258 | 14,469 | 79% |
| Referido / Otros | NP | 3,295 | | NP | 3,084 | | NP | 3,209 | | NP | 9,588 | |
| Urianálisis | 1,685 | 1,792 | 106% | 1,685 | 1,757 | 104% | 1,711 | 1,823 | 107% | 5,081 | 5,372 | 106% |
| Consulta Externa | 689 | 668 | 97% | 689 | 567 | 82% | 694 | 683 | 98% | 2,072 | 1,918 | 93% |
| Hospitalización | 530 | 529 | 100% | 530 | 576 | 109% | 541 | 589 | 109% | 1,601 | 1,694 | 106% |
| Emergencia | 466 | 553 | 119% | 466 | 614 | 132% | 466 | 491 | 105% | 1,398 | 1,658 | 119% |
| Referido / Otros | NP | 42 | | NP | 0 | | NP | 60 | | NP | 102 | |
| Total del Laboratorio | 63,402 | 68,070 | 107% | 63,402 | 68,555 | 108% | 63,565 | 63,040 | 99% | 190,369 | 199,665 | 105% |
| Consulta Externa | 16,420 | 13,866 | 84% | 16,420 | 14,654 | 89% | 16,444 | 13,177 | 80% | 49,284 | 41,697 | 85% |
| Hospitalización | 35,052 | 31,221 | 89% | 35,052 | 31,311 | 89% | 35,097 | 29,705 | 85% | 105,201 | 92,237 | 88% |
| Emergencia | 11,930 | 9,896 | 83% | 11,930 | 10,096 | 85% | 11,964 | 10,266 | 86% | 35,824 | 30,258 | 84% |
| Referido / Otros | NP | 13,087 | | NP | 12,494 | | NP | 9,892 | | NP | 35,473 | |
| Banco de Sangre | 11,116 | 12,648 | 114% | 11,116 | 13,053 | 117% | 11,143 | 8,780 | 79% | 33,375 | 34,481 | 103% |
| Consulta Externa | 4,059 | 4,285 | 106% | 4,059 | 4,743 | 117% | 4,070 | 2,753 | 68% | 12,188 | 11,781 | 97% |
| Hospitalización | 6,257 | 7,155 | 114% | 6,257 | 6,854 | 110% | 6,262 | 4,883 | 78% | 18,776 | 18,892 | 101% |
| Emergencia | 800 | 874 | 109% | 800 | 1,101 | 138% | 801 | 878 | 110% | 2,401 | 2,853 | 119% |
| Referido / Otros | NP | 334 | | NP | 355 | | NP | 266 | | NP | 955 | |
| SERVICIOS INTERMEDIOS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACION | | | | | | | | | | | | |
| Imagenología | | | | | | | | | | | | |

| Actividades | Octubre | | | Noviembre | | | Diciembre | | | Total | | |
|--|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|---------------|---------------|------------|
| | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. | Prog. | Realiz. | % Cumpl. |
| Radiografías | 4,805 | 4,299 | 89% | 4,805 | 4,534 | 94% | 4,810 | 3,862 | 80% | 14,420 | 12,695 | 88% |
| Ultrasonografías | 716 | 758 | 106% | 716 | 710 | 99% | 720 | 397 | 55% | 2,152 | 1,865 | 87% |
| Tomografía Axial Computarizada | 354 | 417 | 118% | 354 | 430 | 121% | 364 | 298 | 82% | 1,072 | 1,145 | 107% |
| Resonancias Magnéticas Nucleares | 89 | 82 | 92% | 89 | 95 | 107% | 98 | 48 | 49% | 276 | 225 | 82% |
| Anatomía Patológica | | | | | | | | | | | | |
| Biopsias Otras partes del cuerpo | 262 | 295 | 113% | 262 | 269 | 103% | 271 | 234 | 86% | 795 | 798 | 100% |
| Otros Procedimientos Diagnósticos | | | | | | | | | | | | |
| Ecocardiogramas | 241 | 343 | 142% | 241 | 339 | 141% | 247 | 233 | 94% | 729 | 915 | 126% |
| Electrocardiogramas | 290 | 467 | 161% | 264 | 367 | 139% | 189 | | | 743 | 834 | 112% |
| Electroencefalogramas | 289 | 343 | 119% | 265 | 341 | 129% | 189 | 241 | 128% | 743 | 925 | 124% |
| Tratamiento y Rehabilitación | | | | | | | | | | | | |
| Cirugía Menor | 517 | 390 | 75% | 533 | 405 | 76% | 458 | 374 | 82% | 1,508 | 1,169 | 78% |
| Diálisis Peritoneal | 373 | 329 | 88% | 365 | 336 | 92% | 348 | 325 | 93% | 1,086 | 990 | 91% |
| Fisioterapia (Total de sesiones brindadas) | 2,113 | 1,900 | 90% | 2,113 | 2,079 | 98% | 2,121 | 1,452 | 68% | 6,347 | 5,431 | 86% |
| Hemodiálisis | 293 | 278 | 95% | 293 | 450 | 154% | 236 | 435 | 184% | 822 | 1,163 | 141% |
| Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria | 9,582 | | | 9,582 | | | 9,588 | | | 28,752 | | |
| Recetas Dispensadas de Hospitalización | 22,125 | | | 22,125 | | | 22,125 | | | 66,375 | | |
| Terapias Respiratorias | 1,297 | 16,412 | 1265% | 1,184 | 18,340 | 1549% | 846 | 14,565 | 1722% | 3,327 | 49,317 | 1482% |
| Trabajo Social | | | | | | | | | | | | |
| Casos Atendidos | 4,680 | 5,143 | 110% | 4,273 | 4,538 | 106% | 3,052 | 3,159 | 104% | 12,005 | 12,840 | 107% |
| SERVICIOS GENERALES | | | | | | | | | | | | |
| Alimentación y Dietas | | | | | | | | | | | | |
| Hospitalización | 6,402 | 6,691 | 105% | 6,402 | 5,838 | 91% | 6,413 | 4,939 | 77% | 19,217 | 17,468 | 91% |
| Cirugía | 669 | 1,143 | 171% | 669 | 498 | 74% | 669 | 576 | 86% | 2,007 | 2,217 | 110% |
| Pediatría | 5,365 | 5,159 | 96% | 5,365 | 4,956 | 92% | 5,376 | 3975 | 74% | 16,106 | 14,090 | 87% |
| Neonatología | 0 | 0 | ND | 0 | 0 | ND | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Otros (Convenios) | 368 | 389 | 106% | 368 | 384 | 104% | 368 | 388 | 105% | 1,104 | 1,161 | 105% |

| Actividades | Octubre | | | Noviembre | | | Diciembre | | | Total | | |
|---|---------|---------|---------|-----------|---------|---------|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Prog. | Realiz. | % Cmpl. | Prog. | Realiz. | % Cmpl. | Prog. | Realiz. | % Cmpl. | Prog. | Realiz. | % Cmpl. |
| Lavandería (Libras de ropa lavada) | | | | | | | | | | | | |
| Hospitalización | 45,467 | 59,600 | 131% | 45,467 | 59,241 | 130% | 45,487 | 41,771 | 92% | 136,421 | 160,612 | 118% |
| Cirugía | 2,539 | 3,149 | 124% | 2,539 | 3,300 | 130% | 2,542 | 2,057 | 81% | 7,620 | 8,506 | 112% |
| Pediatría | 34,646 | 39,235 | 113% | 34,646 | 41,707 | 120% | 34,647 | 26,879 | 78% | 103,939 | 107,821 | 104% |
| Neonatología | 5,717 | 9,846 | 172% | 5,717 | 5,766 | 101% | 5,728 | 6,893 | 120% | 17,162 | 22,505 | 131% |
| Otros (Convenios) | 2,565 | 7,370 | 287% | 2,565 | 8,468 | 330% | 2,570 | 5,942 | 231% | 7,700 | 21,780 | 283% |
| Consulta | | | | | | | | | | | | |
| Consulta Médica Especializada | 12,497 | 3,352 | 27% | 12,497 | 3,487 | 28% | 12,506 | 2,142 | 17% | 37,500 | 8,981 | 24% |
| Emergencias | | | | | | | | | | | | |
| Emergencias | 4,883 | 2,669 | 55% | 4,883 | 2,612 | 53% | 4,889 | 2,564 | 52% | 14,655 | 7,845 | 54% |
| Mantenimiento Preventivo | | | | | | | | | | | | |
| Números de Orden | 183 | 204 | 111% | 183 | 85 | 46% | 184 | 78 | 42% | 550 | 367 | 67% |
| Transporte | | | | | | | | | | | | |
| Kilómetros Recorridos | 4,760 | 3,174 | 67% | 4,760 | 2,937 | 62% | 4,760 | 2,902 | 61% | 14,280 | 9,013 | 63% |

Fuente de Datos

Ingreso de programación y datos de producción Migrados e ingresados al SPME.

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 4° trimestre, el Plan Operativo Anual Institucional 2018, se logró cumplir en un 62%.
4. Que de las 36 actividades del POAI 2018, se programaron en el 4° trimestre 28, de las cuales 10 no fueron cumplidas.

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.



Dr. Alvaro Hugo Salgado Roldan
Director