



MINISTERIO
DE SALUD



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Dirección

INFORME DE EVALUACIÓN TERCER TRIMESTRE PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2019



Dr. Werner Rosales
Director en Funciones

San Salvador, 08 de Noviembre 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 2019 (POAI-2019); 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 Tercer Trimestre del Plan Anual Operativo Institucional 2019.

Cabe destacar que el resultado trimestral obtenido es producto de un proceso de trabajo realizado con todos 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 dan fe del cumplimiento conforme a la evidencia, la cual es verificada por la Unidad de Planificación y resguardada por cada uno de los responsables de las actividades que se programan en el POAI.

RESUMEN

El informe comprende la calificación de los resultados de la Programación de Actividades del tercer trimestre del PAOI 2019, las cuales responden al Plan del Ministerio de Salud.

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, el cual se manifiesta en el resultado del cumplimiento de la programación de actividades y las Metas de Producción

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 PARA LA EVALUACION DEL PLAN ANUAL OPERATIVO 2019

- Para la evaluación del Plan Anual Operativo de Actividades se consideran las actividades programadas en cada período evaluado, las cuales se evalúan y califican en función del indicador definido; la calificación del resultado esperado es el promedio de las calificación de las actividades programadas y el resultado del objetivo estratégico es el promedio de todos los resultados esperados que componen el objetivo; por lo tanto, la calificación final del Plan Anual de Actividades, es el resultado promedio de la calificación de los objetivos estratégicos y de los resultados esperados.
- 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
Ponderación mayor al 100%	Morado		Relativamente Crítico. Requiere una urgente evaluación y plan de intervención

LIMITANTES EN LA EJECUCION DEL PLAN ANUAL OPERATIVO

- Que exista poca supervisión y coordinación para la revisión de los resultados, que permitan evaluar el cumplimiento de las metas de producción de los Servicios finales
- La Metas definidas responden a la operatividad en función de los recursos, sin mayor incidencia de las demandas de la población y que respondan al componente de desarrollo estratégico del Hospital.
- Limitada participación en el proceso de formulación de las actividades y metas establecidas
- Frágil atención de las jefaturas en el proceso de seguimiento para la ejecución del Plan y cumplimiento de metas.

**RESULTADOS DE LA EVALUACION
TERCER TRIMESTRE
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2019**

**PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES
De julio a septiembre de 2019**

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
					Programado	Realizado	%		
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil				67%				
1.1.	Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional				67%				
1.1.1	80%	% de Auditorías de egresos de pacientes fallecidos	Informes de Auditoría de Mortalidad	Jefe de Servicios de Hospitalización en coordinación con el apoyo del Comité de Mortalidad	80%	63%	79%	El informe evidencia que se está realizando el monitoreo y además auditorías de otros diagnósticos no incluidos en los definidos	División Médica y Unidad de IEEIS, Unidad de Planificación

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
					Programado	Realizado	%		
1.1.2	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%	51%	73%	La evaluación de esta actividad se modifica a partir del 3° trimestre, porque solo se hará la medición en los servicios centinela definidos, según acuerdo de C.E.G. realizado el 03 de septiembre de 2019	Comité de IAASS y Unidad de Planificación
1.1.3	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	1	100%		División Médica
1.1.4	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	100%	83%	83%	El informe evidencia que a la fecha se tienen 748 pacientes y los esperados eran 900. Se han realizado promedio de 1.1 procedimientos por paciente	Centro de Radioterapia
1.1.5.	3	N° de Trasplantes realizados	Registros Estadísticos de Producción	Depto. de Nefrología con el Apoyo de División Médica y Quirúrgica	1	0	0%	De acuerdo a lo informado por el Centro Quirúrgico solo se ha realizado un trasplante en el mes de marzo de 2019.	División Médica y Quirúrgica

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
2	Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario					65%				
2.1	Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional					99%				
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%	83%	98%		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					17%				
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	68	0%	El resultado evidencia que el tiempo no se redujo en relación a la meta	División Médica, Depto. de Consulta Externa Médica
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	58	0%	El resultado evidencia que el tiempo no se redujo en relación a la meta	División de Cirugía y Depto. de Consulta Ext. Quirúrgica

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	
					Programado	Realizado	%			
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	102	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	3	2	67%	Las supervisiones se realizaron en Emergencia y UCI	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 un índice de uso de Laboratorio muestra que se están realizando 33.49 exámenes por egreso y 4.67 por D.C.O., 1.01 por consulta, 5.95 exámenes por atención de emergencia. El índice de Uso de Rx es de 0.21 por D.C.O. 3.51 recetas de Farmacia por D.C.O.	División de Diagnóstico
2.3.2	Realizar el monitoreo del índice de uso de Alimentación, Fórmulas, Lavandería, Mantenimiento y Transporte	4	Nº de Informes Presentados	Reportes de Producción final y Distribuida	Jefe de División Administrativa	1	1	100%		División Administrativa

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
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 Farmacoterapia y Farmacia	3	3	100%	El seguimiento de la actividad es realizado semanalmente y el informe se realiza mensual	Departamento de GSTM
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%	Se mantiene el seguimiento de la Política de Austeridad de la Gestión 2018. El informe de este trimestre muestra un promedio de ahorro institucional del 9.9%, resultado específicamente del rubro de Remuneraciones	UFI, Dirección
2.3.5	Monitoreo del Plan para el Uso Racional de antibióticos	4	Informes de Monitoreo y Evaluación del Plan de Uso Racional de Antibióticos	Informes	Comité Farmacoterapia	1	0	0%	No se ha podido realizar la implementación de la hoja de control, y por decisión del Comité de Farmacoterapia se suspendió el proceso.	División Médica y Quirúrgica
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional					100%				
3.1	Resultado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional					100%				

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
3.1.1	Evaluar el Plan de Capacitación Institucional	2	N° de Informes de Resultados	Registros del Depto. de Capacitación	UDP					UDP y Departamento de Capacitación
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 el cumplimiento de las etapas del proceso en un 35%	Unidad de Planificación
3.1.3.	Monitoreo de la Implementación de Guías Terapéuticas seleccionadas: Cirugía General e Infectología	2	Informe de implementación	Guías Clínicas Elaboradas	Jefes de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica					División Médica y Quirúrgica
4	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad					67%				
4.1	Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad					67%				
4.1.1	Evaluación de la Satisfacción de Atención de los pacientes	2	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 Desempeño Médico					UOC

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
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%		UOC y Sistema Oficial
4.1.3	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad 2018	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					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					UDP
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	Implementación del Plan de Atención Integral 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	1	0	0%	La evaluación de esta actividad en este trimestre es reprogramada, pero no se ha podido evaluar por falta de evidencia	Pediatría Social

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional					71%				
5.1	Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias					71%				
5.1.1	Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional	4	Nº 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 2º Trimestre y el anual del 2019	Unidad de Planificación
5.1.2.	Monitoreo del cumplimiento de la realización de la 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%	55%	55%	Para la evaluación de esta actividad se ha considerado el Nº de PAOs 2019, presentadas a la Unidad de Planificación al 22 de octubre de 2019	Unidad de Planificación
5.1.3.	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	12	Nº 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%	Los informes considerados para evaluar esta actividad son los realizados de julio a sept. 2019	Unidad de Planificación
5.1.4.	Evaluación de la gestión de los Servicios Asistenciales en la Sala Situacional	8	Nº Evaluaciones realizadas	Actas de reunión	Jefes de UEEIS y Jefaturas de División y Servicios	2	4	200%	Se realizaron en el período 8 Salas Situacionales, en la cuales se incluyó la evaluación de los servicios de Infectología, UCI, Oncología y Centro Quirúrgico	Unidad de EEIS

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	
					Programado	Realizado	%			
5.1.5.	Evaluación de los resultados del Sistema PERC	2	N° de Evaluaciones	Resultados del Sistema y Acta de Reunión de Evaluación	Equipo de Trabajo de Costeo				Dirección	
5.1.6.	Elaboración del Plan Estratégico Institucional 2019-2024	1	Documento Elaborado	Registro del Proceso de Elaboración	Unidad de Planificación	1	0	0%	Se reprogramará para el 2020, por acuerdo de reunión de C.E.G. realizado el 04-11-2019	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					100%				
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					100%				
6.1.1	Monitoreo del Proceso de Elaboración 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				Unidad de Planificación	
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				UOC	
6.1.3.	Desarrollo e Implementación del Plan de Reciclaje de papel y cartón	1	Plan Elaborado	Registro del Proceso de Elaboración	Comité de Gestión Ambiental	1	1	100%	El Documento fue presentado y aprobado en Septiembre de 2019, pero el plan se implementó antes para demostrar la factibilidad e importancia.	Saneamiento Ambiental

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
		2	Informes de Ingresos y N° de Libras Recicladadas	Registro de Cantidad de papel reciclado y recibos de ingresos por venta	Comité de Gestión Ambiental	1	1	100%	Desde enero a septiembre se ha reciclado un total de 3,213 libras de productos que incluye: papel, cartón, placas de rayos radiológicos y barriles. Para lograr el resultado se han realizado 15 capacitaciones con 279 participantes	Saneamiento Ambiental
6.1.4.	Monitoreo del Cumplimiento del Plan de Manejo de Desechos Bio-infecciones y comunes	4	Informe de Resultado	Registro de acciones para cumplir con el Plan y actualización del estándar 23	Inspector de Saneamiento	1	1	100%	El informe del monitoreo muestra que en el periodo se han realizado 14 capacitaciones con 242 participantes, se han hecho 62 recorridos de supervisión y se ha contado con el apoyo de 10 supervisiones más por parte de la Unidad San Miguelito; además se registra y reporta para monitoreo mensual la información en la plataforma de Estándares de Calidad del MINSAL	Saneamiento Ambiental
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano									
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano									

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Tercer Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
					Programado	Realizado	%		
7.1.1.	2	Informes de Resultados del Proceso de Elaboración	Registro del Proceso de Elaboración	Departamento de Recursos Humanos					Departamento de Recursos Humanos
7.1.2	1	Informe de Resultados del Diagnóstico	Respaldo Documental del Diagnóstico	Departamento de Recursos Humanos	1	0	0%	Se reprogramará para el 4° Trimestre	Departamento de Recursos Humanos
7.1.3	1	Curso gerencial realizado	Programación de capacitaciones Listas de Asistencia	UDP, Planificación, UOC					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%				
8.1.1	4	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	Informes de Control Estadísticos	Unidad de EEIS	1	1	100%	El porcentaje promedio de Dependencias que cumplieron oportunamente en el trimestre fue de 55.72	Unidad de EEIS
Calificación de los Objetivos Estratégicos					81%				
Calificación de Resultados Esperados					78%				

COMPROMISOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS NO ALCANZADOS
Plan Anual Operativo de Actividades 2019

Período evaluado: De Julio a Septiembre de 2019

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 morbilidad institucional	67%	La calificación de este resultado ha sido afectado por que de las actividades programadas en tres no se ha llegado a la meta de cumplimiento esperado	Retomar el monitoreo de cumplimiento de actividades con los responsables a fin de establecer las acciones para su cumplimiento	4° Trimestre	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	99%	0%	0%	0%	0%
3	2.2.	Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión Institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial	17%	Se sigue teniendo dificultades con las ausencias de empleados y de pacientes, se han realizado acciones de mejora, pero aún no se logra cumplir con la Meta	Se realizará la Supervisión institucional, a fin de que se establezca un evaluar la efectividad del plan y de las acciones de mejora.	4° Trimestre	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
4	2.3.	Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	80%	No se logró el 100% de cumplimiento porque una de las actividades programadas en este resultado que es el Monitoreo de Uso racional de antibióticos por decisión del Comité ya no se le dio seguimiento	Se revisara los el proceso para evaluar los factores que han afectado su realización	4° Trimestre	Sub Dirección, UOC y Comité de Farmacoterapia
5	3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	100%				
6	4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	67%	De las actividades programadas en este resultado una no se pudo evaluar por falta de evidencia documental	Se girará instrucciones al responsable para que informe oportunamente	4° Trimestre	Jefe de División Médica y Quirúrgica
7	5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	71%	La calificación se vio afectada por la actividad de Monitoreo de PAO específicos, los cuales no se reportan oportunamente.	Establecer un Plan de Mejora que incluya la aplicación de la normativa vigente	3° Trimestre	Dirección y Jefes de División

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
8	6.1	Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuido y protección del medio ambiente	100%				
9	7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	%	La actividad a evaluar en este resultado se reprograma para ser evaluado en el 4° trimestre			
10	8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	100%	En el trimestre la actividad programada conforme al indicador definido se cumplió en un 100%, sin embargo, el logro de los resultados refleja un 55.72% de oportunidad	Se deberá revisar los resultados en coordinación con los Jefes de División para establecer el plan o acciones necesarias para mejorar	4° Trimestre	Jefe de Unidad de Epidemiología en coordinación con los Jefes de División
Promedio de Cumplimiento del Trimestre:						78%	

**RESULTADOS DE LA PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS
De julio a septiembre 2019**

Producción y Cumplimiento de Metas en Consulta Ambulatoria

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Sub especialidades Médicas	11,638	8,790	76%	9,106	6,648	73%	10,625	7,841	74%	31,369	23,279	74%
Alergología / Inmunología	957	969	101%	745	658	88%	874	706	81%	2,576	2,333	91%
Cardiología	874	614	70%	684	326	48%	798	569	71%	2,356	1,509	64%
CENID	368	292	79%	288	220	76%	336	227	68%	992	739	74%
Dermatología	570	542	95%	445	453	102%	521	467	90%	1,536	1,462	95%
Endocrinología	975	950	97%	764	662	87%	890	845	95%	2,629	2,457	93%
Fisiatría	161	0	0%	126	0	0%	147	0	0%	434	0	0%
Gastroenterología	552	389	70%	432	331	77%	504	358	71%	1,488	1,078	72%
Hematología	736	583	79%	576	555	96%	672	548	82%	1,984	1,686	85%
Infectología	74	62	84%	58	59	102%	67	19	28%	199	140	70%
Nefrología	446	369	83%	350	271	77%	407	318	78%	1,203	958	80%
Neumología	1,012	542	54%	792	403	51%	924	488	53%	2,728	1,433	53%
Neurología	1,067	745	70%	836	544	65%	974	697	72%	2,877	1,986	69%
Nutriología	92	73	79%	72	67	93%	84	96	114%	248	236	95%
Oncología	920	768	83%	720	509	71%	840	673	80%	2,480	1,950	79%
Pediatría General	1,748	1,108	63%	1,368	1,042	76%	1,596	1,120	70%	4,712	3,270	69%
Psiquiatría	810	554	68%	634	394	62%	739	528	71%	2,183	1,476	68%
Reumatología	276	230	83%	216	154	71%	252	182	72%	744	566	76%
Sub Especialidades de Cirugía	5,567	5,165	93%	4,358	4,491	103%	5,083	4,648	91%	15,008	14,304	95%
Anestesiología / Algología	115	126	110%	90	107	119%	105	60	57%	310	293	95%
Cirugía General	662	702	106%	518	650	125%	605	668	110%	1,785	2,020	113%
Cirugía Cardiovascular	32	32	100%	26	21	81%	29	35	121%	87	88	101%

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cmpl.	Prog.	Realiz.	% Cmpl.	Prog.	Realiz.	% Cmpl.	Prog.	Realiz.	% Cmpl.
Sub especialidades Médicas	11,638	8,790	76%	9,106	6,648	73%	10,625	7,841	74%	31,369	23,279	74%
Cirugía Maxilofacial	110	114	104%	86	104	121%	101	115	114%	297	333	112%
Cirugía Neonatal	69	72	104%	54	52	96%	63	63	100%	186	187	101%
Cirugía Oncológica	37	35	95%	29	32	110%	33	40	121%	99	107	108%
Cirugía Plástica	483	334	69%	378	270	71%	441	306	69%	1,302	910	70%
Neurocirugía	478	331	69%	374	285	76%	437	261	60%	1,289	877	68%
Oftalmología	1,362	1,250	92%	1,066	1,171	110%	1,243	1,058	85%	3,671	3,479	95%
Ortopedia	515	772	150%	403	642	159%	470	795	169%	1,388	2,209	159%
Otorrinolaringología	1,048	1,003	96%	821	801	98%	958	908	95%	2,827	2,712	96%
Urología	656	394	60%	513	356	69%	598	339	57%	1,767	1,089	62%
Total Consulta Sub Esp. Médicas	17,205	13,955	81%	13,464	11,139	83%	15,708	12,489	80%	46,377	37,583	81%
Consulta Externa Odontológica	1,025	1,025	100%	803	911	113%	937	923	99%	2,765	2,859	103%
Odontológica de primera vez	256	625	244%	201	561	279%	235	449	191%	692	1,635	242%
Odontológica subsecuente	769	400	52%	602	350	58%	702	474	68%	2,073	1,224	73%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	1,206	1,166	97%	1,040	1,044	100%	1,139	1,089	96%	3,385	3,299	97%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	442	425	96%	442	456	103%	442	409	93%	1,326	1,290	97%
Nutrición	442	327	74%	346	231	67%	403	239	59%	1,191	797	67%
Psicología	322	414	129%	252	357	142%	294	441	150%	868	1,212	140%
Total de Consulta Externa	19,436	16,146	83%	15,307	13,094	86%	17,784	14,501	82%	52,527	43,741	83%
Emergencias	1,947	1,931	99%	1,918	1,659	86%	1,911	2,010	105%	5,776	5,600	97%
Cirugía General	999	1,084	109%	999	1,039	104%	999	1,065	107%	2,997	3,188	106%
Pediatría Gral.	948	847	89%	919	620	67%	912	945	104%	2,779	2,412	87%
Total de Consulta Ambulatoria	21,383	18,077	85%	17,225	14,753	86%	19,695	16,511	84%	58,303	49,341	85%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

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

Producción: Consulta Externa Odontológica (SIMMOW).

Producción y cumplimiento de Metas en Hospitalización

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Sub Especialidades de Cirugía	515	508	99%	515	462	90%	510	484	95%	1,540	1,454	94%
Cirugía Pediátrica	174	192	110%	174	187	107%	174	168	97%	522	547	105%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	71	84	118%	71	68	96%	68	81	119%	210	233	111%
Neurocirugía Pediátrica	95	76	80%	95	74	78%	95	91	96%	285	241	85%
Oftalmología Pediátrica	49	46	94%	49	35	71%	49	42	86%	147	123	84%
Otorrinolaringología Pediátrica	55	37	67%	55	34	62%	55	28	51%	165	99	60%
Ortopedia / Traumatología	71	73	103%	71	64	90%	69	74	107%	211	211	100%
Sub Especialidades de Medicina	456	494	108%	455	424	93%	447	408	91%	1,358	1,326	98%
Hematología Pediátrica	70	95	136%	70	70	100%	68	57	84%	208	222	107%
Infectología Pediátrica	128	157	123%	128	144	113%	124	138	111%	380	439	116%
Medicina Interna Pediátrica	73	78	107%	73	64	88%	71	53	75%	217	195	90%
Nefrología Pediátrica	23	19	83%	22	13	59%	22	29	132%	67	61	91%
Neonatología	45	44	98%	45	40	89%	45	37	82%	135	121	90%
Oncología Pediátrica	117	101	86%	117	93	79%	117	94	80%	351	288	82%
Otros Egresos	90	96	107%	90	92	102%	87	84	97%	267	272	102%
Servicios por Contrato	90	96	107%	90	92	102%	87	84	97%	267	272	102%
Total de Egresos	1,061	1,098	103%	1,060	978	92%	1,044	976	93%	3,165	3,052	96%

Fuente de Datos
 Programación: Ingreso de datos (SPME).
 Producción de Egresos Hospitalarios (SIMMOW).

Producción y cumplimiento de Cirugía Mayor

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Electivas para Hospitalización	277	247	89%	262	193	74%	272	241	89%	811	681	84%
Electivas Ambulatorias	143	157	110%	118	126	107%	155	183	118%	416	466	112%
De Emergencia para Hospitalización	258	264	102%	234	276	118%	249	195	78%	741	735	99%
De Emergencia Ambulatoria	8	2	25%	14	5	36%	10	16	160%	32	23	72%
Total de Cirugía Mayor	686	670	98%	628	600	96%	686	635	93%	2,000	1,905	95%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

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

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

Producción y cumplimiento de Metas en Medicina Crítica

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Unidad de Emergencia												
Admisiones	1,200	1,482	124%	1,050	1,315	125%	1,115	1,334	120%	3,365	4,131	123%
Transferencias	648	595	92%	602	542	90%	607	536	88%	1,857	1,673	90%
Unidad de Máxima Urgencia												
Admisiones	90	103	114%	112	131	117%	114	105	92%	316	339	107%
Transferencias	77	100	130%	96	118	123%	97	86	89%	270	304	113%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios												
Admisiones	58	148	255%	86	149	173%	76	144	189%	220	441	200%
Transferencias	121	145	120%	121	147	121%	118	146	124%	360	438	122%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

Producción de Medicina Crítica (SEPS2)

Producción y cumplimiento de Metas en Laboratorio Clínico y Banco de Sangre

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Laboratorio Clínico												
Hematología	14,818	19,449	131%	11,597	20,129	174%	13,530	19,913	147%	39,945	59,491	149%
Consulta Externa	5,313	5,105	96%	4,158	5,822	140%	4,851	5,161	106%	14,322	16,088	112%
Hospitalización	6,742	7,526	112%	5,277	6,963	132%	6,156	8,229	134%	18,175	22,718	125%
Emergencia	2,763	2,827	102%	2,162	3,419	158%	2,523	3,085	122%	7,448	9,331	125%
Referido / Otros	0	3,991	ND	0	3,925	ND	0	3,438	ND	0	11,354	ND
Inmunología	2,009	3,068	153%	1,573	2,781	177%	1,834	3,161	172%	5,416	9,010	166%
Consulta Externa	1,083	1,317	122%	848	1,141	135%	989	1,147	116%	2,920	3,605	123%
Hospitalización	648	639	99%	507	647	128%	591	819	139%	1,746	2,105	121%
Emergencia	278	375	135%	218	255	117%	254	283	111%	750	913	122%
Referido / Otros	0	737	ND	0	738	ND	0	912	ND	0	2,387	ND
Bacteriología	4,955	4,681	94%	3,878	4,503	116%	4,523	4,574	101%	13,356	13,758	103%
Consulta Externa	466	531	114%	365	443	121%	425	468	110%	1,256	1,442	115%
Hospitalización	3,082	2,589	84%	2,412	2,690	112%	2,814	2,596	92%	8,308	7,875	95%
Emergencia	1,407	1,557	111%	1,101	1,370	124%	1,284	1,510	118%	3,792	4,437	117%
Referido / Otros	0	4	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	4	ND
Parasitología	243	423	174%	190	292	154%	222	329	148%	655	1,044	159%
Consulta Externa	40	67	168%	31	54	174%	36	48	133%	107	169	158%
Hospitalización	203	226	111%	159	153	96%	186	166	89%	548	545	99%
Emergencia	0	130	ND	0	85	ND	0	115	ND	0	330	ND
Referido / Otros	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND
Bioquímica	30,963	37,285	120%	24,232	38,428	159%	28,271	39,608	140%	83,466	115,321	138%
Consulta Externa	6,512	6,818	105%	5,096	6,703	132%	5,946	6,313	106%	17,554	19,834	113%
Hospitalización	19,777	21,840	110%	15,478	22,264	144%	18,057	23,395	130%	53,312	67,499	127%
Emergencia	4,674	5,060	108%	3,658	5,846	160%	4,268	6,044	142%	12,600	16,950	135%

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Referido / Otros	0	3,567	ND	0	3,615	ND	0	3,856	ND	0	11,038	ND
Urianálisis	1,681	1,587	94%	1,315	1,624	123%	1,536	1,624	106%	4,532	4,835	107%
Consulta Externa	640	661	103%	501	662	132%	585	712	122%	1,726	2,035	118%
Hospitalización	583	485	83%	456	493	108%	533	484	91%	1,572	1,462	93%
Emergencia	458	441	96%	358	469	131%	418	428	102%	1,234	1,338	108%
Referido / Otros	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND
Total Laboratorio Clínico	54,669	66,493	122%	42,785	67,757	158%	49,916	69,209	139%	147,370	203,459	138%
Banco de Sangre	11,986	12,776	107%	9,379	11,499	123%	10,943	11,696	107%	32,308	35,971	111%
Consulta Externa	4,395	3,951	90%	3,439	4,468	130%	4,013	3,934	98%	11,847	12,353	104%
Hospitalización	6,638	7,485	113%	5,195	5,737	110%	6,061	6,526	108%	17,894	19,748	110%
Emergencia	953	983	103%	745	988	133%	869	918	106%	2,567	2,889	113%
Referido / Otros	0	357	ND	0	306	ND	0	318	ND	0	981	ND

Fuente de Datos
Programación: Ingreso de datos (SPME).
Producción de Medicina Crítica (SEPS2)

Producción y cumplimiento de Metas en Servicios de Tratamiento y Apoyo

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Imagenología												
Radiografías	4,848	5,371	111%	3,794	4,969	131%	4,427	4,867	110%	13,069	15,207	116%
Ultrasonografías	746	744	100%	583	584	100%	681	691	101%	2,010	2,019	100%
Tomografía Axial Computarizada	324	424	131%	324	378	117%	324	430	133%	972	1,232	127%

Actividades	Julio			Agosto			Septiembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Resonancias Magnéticas Nucleares	76	108	142%	59	81	137%	69	87	126%	204	276	135%
Anatomía Patológica												
Biopsias Otras partes del cuerpo	256	319	125%	201	302	150%	234	309	132%	691	930	135%
Otros Procedimientos Diagnósticos												
Ecocardiogramas	217	129	59%	217	137	63%	217	225	104%	651	491	75%
Electrocardiogramas	288	470	163%	336	374	111%	368	461	125%	992	1,305	132%
Electroencefalogramas	299	387	129%	234	278	119%	273	368	135%	806	1,033	128%
Tratamiento y Rehabilitación												
Cirugía Menor	534	451	84%	484	443	92%	402	409	102%	1,420	1,303	92%
Diálisis Peritoneal	289	340	118%	271	366	135%	283	374	132%	843	1,080	128%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	1,952	2,179	112%	1,528	1,781	117%	1,783	1,955	110%	5,263	5,915	112%
Hemodiálisis	294	204	69%	252	300	119%	294	262	89%	840	766	91%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	10,177	8,797	86%	7,964	8,004	101%	9,292	10,001	108%	27,433	26,802	98%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	19,746	24,980	127%	15,453	24,642	159%	18,029	27,085	150%	53,228	76,707	144%
Terapias Respiratorias	851	20,923	2459%	666	19,500	2928%	777	18,109	2331%	2,294	58,532	2552%
Trabajo Social												
Casos Atendidos	5,400	5,388	100%	4,226	4,742	112%	4,930	5,254	107%	14,556	15,384	106%

Fuente de Datos

Fuente de Datos

*Programación: Ingreso de datos (SPME).

*Producción: Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación (SEPS2).

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,
3. Que para evaluar oportunamente el Plan es indispensable que los involucrados en el proceso cumplir con las fechas de entrega de la información o evidencia del cumplimiento de las actividades programadas.
4. Que en el tercer trimestre, los resultados esperados del Plan Operativo Anual Institucional 2019, se lograron cumplir en un 78%, y en las metas de programación de la producción de servicios finales se obtuvo un cumplimiento promedio de Metas de 83% en la consulta externa, un 96% en Hospitalización y el dato de esperado de Emergencia en un 97%.
5. Que de las actividades programadas en el tercer trimestre del POAI 2019, seis no se cumplieron, de las cuales una por falta de evidencia para su evaluación, cuatro aunque se realizaron esfuerzos y se mejoró su cumplimiento no se logró alcanzar la meta propuesta y otra actividad porque su desarrollo no se pudo realizar.
6. También de las actividades programadas dos se reprogramaron una para el 4° trimestre y la otra para el 2020, porque se ha considerado que para su realización se deberá contar con el lineamiento o instrucción ministerial.

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 las dependencias responsables de las actividades programadas efectúen la revisión del resultado obtenido para establecer 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.



Dr. Werner Rosales
Director en funciones del HNNBB