



MINISTERIO
DE SALUD



Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Dirección

INFORME DE EVALUACIÓN CUARTO TRIMESTRE PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2019



Dr. Ángel Ernesto Alvarado
Director del HNNBB

San Salvador, 20 de Febrero de 2020

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 Cuarto 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 Cuarto 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
CUARTO TRIMESTRE
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2019**

**PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES
De octubre a diciembre de 2019**

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto 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	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%	62%	78%	Se está realizando el monitoreo de las enfermedades de vigilancia y además se han realizado auditorías de diagnósticos no incluidos en los definidos	División Médica y Unidad de IEIS, Unidad de Planificación

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
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%	46%	66%	La evaluación de esta actividad se modificó a partir del 3° trimestre, se realiza 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	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	1	100%	El Plan se Retomó en el 3° trimestre realizando su seguimiento y se ha rediseñado y realizado el monitoreo generando el informe 2019 en febrero del 2020	División Médica

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
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	100%	94%	94%	El informe evidencia que a la fecha se tienen 935 pacientes y los esperados eran 1000.	Centro de Radioterapia
1.1.5.	Continuar con el Programa de Trasplante Renales	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, sólo se realizó un trasplante en el mes de marzo de 2019.	División Médica y Quirúrgica
2	Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario					68%				
2.1	Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional					100%				
2.1.1	Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo	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	85%	85%	100%	El resultado evidencia que la meta se cumplió en 100%	División Médica y Quirúrgica, Depto. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
	programado				Especialidades					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%	91%	107%	El resultado evidencia que la meta se cumplió en 107%, 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					25%				
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	77	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	50	Tiempo de Espera en Días Hábiles	Informe de Tiempo de Espera	Jefe	50	76	0%	El resultado evidencia que el tiempo no se redujo en relación	División de Cirugía y Depto. de Consulta Ext. Quirúrgica

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
	Cirugía								a la meta	
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	98	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	2	100%	Las supervisiones se realizaron en Hospitalización de Cirugía Pediátrica y en Consulta Externa Quirúrgica	Los informes de Supervisión deben estar en la División de Cirugía y en los Servicios Supervisados
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%		División de Diagnóstico

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
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%		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 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. El informe de este trimestre muestra un promedio de ahorro institucional del 0.2%, resultado	UFI, Dirección

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
									específicamente del rubro de Remuneraciones	
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 realizó el monitoreo pero se retomó la actividad en el 4° Trimestre y se ha establecido un Equipo denominado PROA que funcionará en el 2020	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%	Se evidencia en el informe que el Plan de Capacitación se cumplió en un 75%, ya que se programaron 602 eventos y se ejecutaron 451	UDP y Departamento de Capacitación

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto 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 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	1	0	0%	NO se cumplió se retomará en el PAOI 2020	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	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	1	1	100%		UOC

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
					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%	La encuesta fue realizada como parte de Un Plan Piloto, por la Dirección Nacional de Calidad de forma externa. La encuesta fue realizada en línea, en el período de diciembre de 2018 a febrero de 2019. Los resultados obtenidos fueron procesados por la Dirección Nacional de Calidad, quien retroalimentó los resultados a la UOC del HHNN en el mes de septiembre de 2019.	UOC y Sistema Oficial

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
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	5	20	400%	Los estudios realizados fueron presentados para la acreditación de estudios de post grado de Especialidades Médicas	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%	El informe muestra que en el 4° Trimestre se realizaron 2 reuniones de seguimiento de los 17 Comité del HNNBB	UOC
4.1.6	Implementación del Plan de Atención Integral de personas afectadas por violencia en	1	Informe del proceso de Identificación de necesidades	Informes presentados	Departamento de Pediatría Social					Pediatría Social

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
	todas sus formas									
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional					95%				
5.1	Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias					95%				
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 de Monitoreo es el reportado en el Portal de Transparencia	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	1	1	76%	Para la evaluación de esta actividad se ha considerado el Nº de Informes de monitoreo de PAOs 2019, presentadas a la Unidad de Planificación al 14 febrero de 2020	Unidad de Planificación

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto 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%	Los informes considerados para evaluar esta actividad son a diciembre de 2019, los cuales fueron presentados y enviados al MINSAL el 14 de feb 2020	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	2	100%	Se realizaron en el período evaluado 4 Salas Situacionales, en la cuales se incluyó la evaluación de los Resultados de la Gestión de enero a septiembre de los Servicios de División Médica y Quirúrgica el 20 de noviembre y 12 de diciembre de 2019	Unidad de EEIS

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto 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	1	1	100%	Se realizó la Evaluación en reunión del 28 de octubre de 2019	Dirección
5.1.6.	Elaboración del Plan Estratégico Institucional 2019-2024	1	Documento Elaborado	Registro del Proceso de Elaboración	Unidad de Planificación					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	1	1	100%	El Simulacro se realizó el 04-12-2019 y el informe de Resultados del Simulacro fue enviado a la	UOC

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
									Dirección por el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional el 13-01-2020	
6.1.3.	Desarrolló e Implementación del Plan de Reciclaje de papel y cartón	1	Plan Elaborado	Registro del Proceso de Elaboración	Comité de Gestión Ambiental					Saneamiento Ambiental
		2	Informes de Ingresos y N° de Libras Recicladas	Registro de Cantidad de papel reciclado y recibos de ingresos por venta	Comité de Gestión Ambiental	1	1	100%	En el 4° trimestre se ha reciclado un total de 1,565 libras de papel y cartón, lo cual representa un ingreso de \$ 64.80	Saneamiento Ambiental

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
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 del 4° Trimestre se evidencia que muestra que en el periodo se han realizado 10 supervisiones y que se han reportada que se han generado en el Hospital 17,541.61 kilos de desechos bioinfecciosos y 0.82 toneladas de sustancias líquido químicas. Se ha verificado que las áreas de Div. de Diagnóstico están cumpliendo con las normas de bioseguridad	Saneamiento Ambiental
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano					33%				

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano					33%				
7.1.1.	Elaborar el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos 2019-2023	2	Informes de Resultados del Proceso de Elaboración	Registro del Proceso de Elaboración	Departamento de Recursos Humanos	1	0	0%	No se cumplió con la actividad	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	1	0	0%	No se cumplió con la actividad, se ha realizado la asignación de tiempo en el recurso médico, para posteriormente realizar la evaluación de carga laboral	Departamento de Recursos Humanos
7.1.3	Curso de Formación Gerencial	1	Curso gerencial realizado	Programación de capacitaciones Listas de Asistencia	UDP, Planificación, UOC	1	1	100%	Se desarrolló un Taller de Uso y Aplicación de Herramientas Gerenciales en 4 jornadas de 2 horas cada una en los meses de noviembre y diciembre de	Departamento de Capacitación

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Cuarto Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
									2019 y en cual se contó con 33 participantes	
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	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 promedio de Dependencias que cumplieron oportunamente en el trimestre fue en promedio fue de 36.62%	Unidad de EEIS- Estadística
Calificación de los Objetivos Estratégicos						79%				
Calificación de Resultados Esperados						77%				

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

Período evaluado: De octubre a diciembre 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 una de las actividades programadas no se pudo cumplir y en dos no se alcanza la meta	Retomar el monitoreo de cumplimiento de actividades y evaluar la importancia a fin de determinar si sigue incluyendo en el POAI 2020	Primer Trimestre 2020	Jefaturas
2	2.1. Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional	100%				
3	2.2. Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión Institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial	25%	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.	Primer Trimestre 2020	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 ha revisado el proceso y definido acciones para retomar y replantear la actividad	Primer Trimestre 2020	Sub Dirección, UOC y Comité de Farmacoterapia
5	3.1 Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	67%	No se ha podido cumplir con la actividad por atender actividades emergentes	Se ha evaluado y se ha girado instrucción que cada jefatura la incluya en sus planes operativos para el 2020	Segundo Trimestre 2020	Jefe de División Médica y Quirúrgica
6	4.1. Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	100%				
7	5.1. Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	95%	La calificación está afectada por la actividad de Monitoreo de PAO específicos, los cuales no se reportan oportunamente.	Se debe establecer un Plan de Mejora	2020	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	33%	Dos de las actividades de este resultado no se pudieron cumplir	Se deberá evaluar la importancia de la actividad a fin de determinar si sigue incluyendo en el POAI 2020	202000%	Jefes de División Médica, Quirúrgica, Enfermería y Diagnóstico
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 36.62% de oportunidad	Se deberá revisar los resultados en coordinación con los Jefes de División para establecer el plan o acciones necesarias para mejorar	202000%	Jefe de Unidad de Epidemiología en coordinación con los Jefes de División
Promedio de Cumplimiento del Trimestre:					77%	

RESULTADOS DE LA PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS
De octubre a diciembre de 2019

Producción y Cumplimiento de Metas en Consulta Ambulatoria

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Servicios Finales	11,638	8,808	76%	10,626	8,267	78%	8,098	6,158	76%	30,362	23,233	77%
Alergología / Inmunología	957	835	87%	874	748	86%	666	486	73%	2,497	2,069	83%
Cardiología	874	566	65%	798	461	58%	608	419	69%	2,280	1,446	63%
CENID	368	246	67%	336	251	75%	256	141	55%	960	638	66%
Dermatología	570	467	82%	521	489	94%	398	343	86%	1,489	1,299	87%
Endocrinología	975	933	96%	890	864	97%	679	698	103%	2,544	2,495	98%
Fisiatría	161	0	0%	147	0	0%	112	0	0%	420	0	0%
Gastroenterología	552	427	77%	504	344	68%	384	289	75%	1,440	1,060	74%
Hematología	736	496	67%	672	537	80%	512	454	89%	1,920	1,487	77%
Infectología	74	42	57%	67	44	66%	51	44	86%	192	130	68%
Nefrología	446	312	70%	407	313	77%	311	235	76%	1,164	860	74%
Neumología	1,012	505	50%	924	355	38%	704	339	48%	2,640	1,199	45%
Neurología	1,067	774	73%	975	797	82%	742	534	72%	2,784	2,105	76%
Nutriología	92	99	108%	84	77	92%	64	60	94%	240	236	98%
Oncología	920	722	78%	840	718	85%	640	435	68%	2,400	1,875	78%
Pediatría General	1,748	1,689	97%	1,596	1,566	98%	1,216	1,185	97%	4,560	4,440	97%
Psiquiatría	810	488	60%	739	526	71%	563	346	61%	2,112	1,360	64%
Reumatología	276	207	75%	252	177	70%	192	150	78%	720	534	74%
Sub Especialidades Quirúrgicas	5,566	5,090	91%	5,084	5,229	103%	3,876	3,731	96%	14,526	14,050	97%

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Anestesiología / Algodología	115	61	53%	105	87	83%	80	43	54%	300	191	64%
Cirugía General	662	664	100%	605	670	111%	461	541	117%	1,728	1,875	109%
Cirugía Cardiovascular	32	28	88%	29	14	48%	23	17	74%	84	59	70%
Cirugía Neonatal	69	60	87%	63	71	113%	48	65	135%	180	196	109%
Cirugía Oncológica	37	59	159%	34	49	144%	26	28	108%	97	136	140%
Cirugía Plástica	483	325	67%	441	352	80%	336	221	66%	1,260	898	71%
Cirugía Maxilofacial	110	111	101%	101	95	94%	77	63	82%	288	269	93%
Neurocirugía	478	297	62%	437	306	70%	333	246	74%	1,248	849	68%
Oftalmología	1,362	1,383	102%	1,243	1,330	107%	947	966	102%	3,552	3,679	104%
Ortopedia	515	684	133%	470	895	190%	359	578	161%	1,344	2,157	160%
Otorrinolaringología	1,047	1,017	97%	958	959	100%	730	718	98%	2,735	2,694	99%
Urología	656	401	61%	598	401	67%	456	245	54%	1,710	1,047	61%
Total Consultas Médicas	17,204	13,898	81%	15,710	13,496	86%	11,974	9,889	83%	44,888	37,283	83%
Consulta Externa Odontológica	1,025	999	97%	937	1,015	108%	714	683	96%	2,676	2,966	111%
Odontológica de primera vez	256	619	242%	235	629	268%	178	403	226%	669	1,701	254%
Odontológica subsecuente	769	380	49%	702	386	55%	536	280	52%	2,007	1,265	63%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	1,206	1,144	95%	1,139	1,163	102%	974	842	86%	3,319	3,149	95%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	442	448	101%	442	445	101%	443	334	75%	1,327	1,227	92%
Nutrición	442	265	60%	403	264	66%	307	203	66%	1,152	732	64%
Psicología	322	431	134%	294	454	154%	224	305	136%	840	1,190	142%
Total consulta Externa	19,435	16,041	83%	17,786	15,674	88%	13,662	11,414	84%	50,883	43,398	85%

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Emergencias	1,802	1,852	103%	1,925	1,595	83%	1,940	1,521	78%	5,667	4,968	88%
Cirugía General	999	1,040	104%	999	993	99%	1,005	996	99%	3,003	3,029	101%
Pediatría Gral.	803	812	101%	926	602	65%	935	525	56%	2,664	1,939	73%

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	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Sub Especialidades de medicina	456	408	89%	447	450	101%	458	439	96%	1,361	1,297	95%
Hematología Pediátrica	70	68	97%	68	83	122%	70	62	89%	208	213	102%
Infectología Pediátrica	128	135	105%	124	132	106%	128	125	98%	380	392	103%
Medicina Interna Pediátrica	73	62	85%	71	70	99%	72	63	88%	216	195	90%
Nefrología Pediátrica	23	20	87%	22	25	114%	22	30	136%	67	75	112%
Neonatología	45	44	98%	45	51	113%	45	51	113%	135	146	108%
Oncología Pediátrica	117	79	68%	117	89	76%	121	108	89%	355	276	78%
Cirugía	515	515	100%	510	469	92%	539	407	76%	1,564	1,391	89%
Cirugía Pediátrica	174	192	110%	174	151	87%	180	113	63%	528	456	86%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	71	80	113%	68	81	119%	71	70	99%	210	231	110%
Neurocirugía Pediátrica	95	75	79%	95	90	95%	98	90	92%	288	255	89%
Oftalmología Pediátrica	49	50	102%	49	33	67%	53	39	74%	151	122	81%
Otorrinolaringología Pediátrica	55	40	73%	55	39	71%	66	26	39%	176	105	60%

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Ortopedia / Traumatología	71	78	110%	69	75	109%	71	69	97%	211	222	105%
Otros Egresos	90	75	83%	87	72	83%	90	71	79%	267	218	82%
Servicios por Contrato	90	75	83%	87	72	83%	90	71	79%	267	218	82%
Total de Egresos	1,061	998	94%	1,044	991	95%	1,087	917	84%	3,192	2,906	91%

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

Producción y cumplimiento de Cirugía Mayor

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Electivas para Hospitalización	290	278	96%	327	238	73%	225	124	55%	842	640	76%
Electivas Ambulatorias	164	160	98%	140	132	94%	96	95	99%	400	387	97%
De Emergencia para Hospitalización	231	223	97%	221	168	76%	243	167	69%	695	558	80%
De Emergencia Ambulatoria	12	1	8%	9	6	67%	5	12	240%	26	19	73%
TOTAL	697	662	95%	697	544	78%	569	398	70%	1,963	1,604	82%

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	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Unidad de Emergencia												
Admisiones	1,042	1,262	121%	1,008	0	0%	1,041	1,106	106%	3,091	2,368	77%
Transferencias	597	524	88%	625	0	0%	652	496	76%	1,874	1,020	54%
Unidad de Máxima Urgencia												
Admisiones	119	111	93%	128	0	0%	131	85	65%	378	196	52%
Transferencias	109	105	96%	88	0	0%	88	80	91%	285	185	65%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios												
Admisiones	85	143	168%	89	0	0%	89	117	131%	263	260	99%
Transferencias	121	144	119%	117	0	0%	121	121	100%	359	265	74%

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	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	54,669	71,651	131%	49,914	65,799	132%	38,017	58,485	154%	142,600	195,935	137%
Hematología	14,818	20,397	138%	13,530	19,196	142%	10,306	17,121	166%	38,654	56,714	147%
Consulta Externa	5,313	5,564	105%	4,851	5,539	114%	3,696	4,162	113%	13,860	15,265	110%
Hospitalización	6,742	7,910	117%	6,156	7,258	118%	4,690	6,964	148%	17,588	22,132	126%
Emergencia	2,763	3,264	118%	2,523	2,837	112%	1,920	3,150	164%	7,206	9,251	128%

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Referido / Otros	0	3,659	ND	0	3,562	ND	0	2,845	ND	0	10,066	ND
Inmunología	2,009	3,761	187%	1,834	3,882	212%	1,393	3,284	236%	5,236	10,927	209%
Consulta Externa	1,083	1,297	120%	989	1,283	130%	751	819	109%	2,823	3,399	120%
Hospitalización	648	993	153%	591	1,148	194%	451	987	219%	1,690	3,128	185%
Emergencia	278	406	146%	254	320	126%	191	394	206%	723	1,120	155%
Referido / Otros	0	1,065	ND	0	1,131	ND	0	1,084	ND	0	3,280	ND
Bacteriología	4,955	4,866	98%	4,523	4,046	89%	3,443	4,213	122%	12,921	13,125	102%
Consulta Externa	466	360	77%	425	472	111%	324	252	78%	1,215	1,084	89%
Hospitalización	3,082	3,110	101%	2,814	2,568	91%	2,140	2,691	126%	8,036	8,369	104%
Emergencia	1,407	1,396	99%	1,284	1,006	78%	979	1,270	130%	3,670	3,672	100%
Referido / Otros	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND
Parasitología	243	309	127%	222	326	147%	169	316	187%	634	951	150%
Consulta Externa	40	44	110%	36	43	119%	28	28	100%	104	115	111%
Hospitalización	203	163	80%	186	161	87%	141	178	126%	530	502	95%
Emergencia	0	102	ND	0	122	ND	0	110	ND	0	334	ND
Bioquímica	30,963	40,460	131%	28,269	36,681	130%	21,538	32,135	149%	80,770	109,276	135%
Consulta Externa	6,512	7,450	114%	5,944	6,497	109%	4,530	4,730	104%	16,986	18,677	110%
Hospitalización	19,777	21,740	110%	18,057	20,936	116%	13,758	18,088	131%	51,592	60,764	118%
Emergencia	4,674	6,840	146%	4,268	4,977	117%	3,250	4,612	142%	12,192	16,429	135%
Referido / Otros	0	4,430	ND	0	4,271	ND	0	4,705	ND	0	13,406	ND
Urianálisis	1,681	1,858	111%	1,536	1,668	109%	1,168	1,416	121%	4,385	4,942	113%
Consulta Externa	640	718	112%	585	775	132%	445	474	107%	1,670	1,967	118%
Hospitalización	583	523	90%	533	495	93%	404	465	115%	1,520	1,483	98%
Emergencia	458	550	120%	418	398	95%	319	427	134%	1,195	1,375	115%
Referido / Otros	0	67	ND	0	0	ND	0	50	ND	0	117	ND

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Banco de Sangre	11,986	14,183	118%	10,942	12,729	116%	8,338	12,827	154%	31,266	39,739	127%
Consulta Externa	4,395	6,318	144%	4,012	4,234	106%	3,057	2,493	82%	11,464	13,045	114%
Hospitalización	6,638	7,448	112%	6,061	7,370	122%	4,619	9,280	201%	17,318	24,098	139%
Emergencia	953	30	3%	869	761	88%	662	750	113%	2,484	1,541	62%
Referido / Otros	0	387	ND	0	364	ND	0	304	ND	0	1,055	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	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Imagenología												
Radiografías	4,848	5,156	106%	4,427	4,524	102%	3,371	3,815	113%	12,646	13,495	107%
Ultrasonografías	746	740	99%	681	645	95%	517	478	92%	1,944	1,863	96%
Tomografía Axial Computarizada	324	436	135%	324	357	110%	334	318	95%	982	1,111	113%
Resonancias Magnéticas Nucleares	76	142	187%	69	154	223%	51	122	239%	196	418	213%
Anatomía Patológica												
Biopsias Otras partes del cuerpo	256	299	117%	234	269	115%	178	241	135%	668	809	121%
Otros Procedimientos Diagnósticos												
Ecocardiogramas	217	272	125%	217	167	77%	219	0	0%	653	439	67%

Actividades	Octubre			Noviembre			Diciembre			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.									
Electrocardiogramas	336	598	178%	336	516	154%	256	365	143%	928	1,479	159%
Electroencefalogramas	299	388	130%	273	364	133%	208	248	119%	780	1,000	128%
Tratamiento y Rehabilitación												
Cirugía Menor	424	412	97%	441	412	93%	456	374	82%	1,321	1,198	91%
Diálisis Peritoneal	289	336	116%	283	356	126%	264	0	0%	836	692	83%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	1,952	2,112	108%	1,783	1,796	101%	1,356	1,502	111%	5,091	5,410	106%
Hemodiálisis	294	336	114%	294	335	114%	238	0	0%	826	671	81%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	10,17 7	10,87 0	107%	9,292	10,29 9	111%	7,079	0	0%	26,54 8	21,16 9	80%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	19,74 6	27,82 8	141%	18,02 9	25,54 1	142%	13,73 6	0	0%	51,51 1	53,36 9	104%
Terapias Respiratorias	851	20,18 5	2372%	777	20,74 9	2670%	592	19,25 7	3253%	2,220	60,19 1	2711%
Trabajo Social												
Casos Atendidos	5,400	5,740	106%	4,930	4,830	98%	3,758	3,677	98%	14,08 8	14,24 7	101%

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 cumplan con las fechas de entrega de la información o evidencia del cumplimiento de las actividades programadas.
4. Que en el cuarto trimestre los resultados esperados del Plan Operativo Anual Institucional 2019, se lograron cumplir en un 77%, y en las metas de programación de la producción de servicios finales se obtuvo un cumplimiento promedio de Metas de 85% en la consulta externa, un 91% en Hospitalización y el dato de esperado de Emergencia en un 88%.
5. Que de las actividades programadas en el cuarto trimestre del POAI 2019, ocho no se cumplieron, se realizaron esfuerzos en algunas pero no se logró alcanzar la meta propuesta.

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. Angel Ernesto Alvarado
Director del HNNBB