



MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Dirección

INFORME DE EVALUACIÓN PRIMER TRIMESTRE PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2020



Dr. Ángel Ernesto Alvarado
Director del HNNBB

San Salvador, 26 de junio 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 2020 (POAI-2020); 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 Primer Trimestre del Plan Anual Operativo Institucional 2020.

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 evaluado por 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 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 Primer Trimestre del PAOI 2020, las cuales están en concordancia con el lineamiento del y el 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

Es importante hacer notar que se ha modificado la Programación de actividades 2020, incorporando en dicho Plan, las actividades relacionadas con el manejo operativo de la Pandemia Covid-19

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 85%	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

- Adecuado 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 las demandas de la población y que respondan al componente de desarrollo estratégico del Hospital
- Limitada participación del cuerpo gerencial en la formulación de las actividades y metas.
- Frágil atención de las jefaturas en el proceso de seguimiento para la ejecución del Plan y cumplimiento de metas.

PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2020

RESULTADOS DE LA EVALUACION PRIMER TRIMESTRE

PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES De enero a marzo de 2020

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental	Observaciones
						Programado	Realizado	Porcentaje de Cumplimiento		
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil					89%				
1.1	Resultado Esperado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional					89%				
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%	74%	93%	Informe de Mortalidad en Unidad de Epidemiología Estadística e Información en Salud, Informe de Auditoría, División Médica y Quirúrgica, Indicador en Unidad de Planificación	

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental	Observaciones
						Programado	Realizado	Porcentaje de Cumplimiento		
1.1.2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	70%	% de adherencia de lavado de manos	Registros del Comité de IASS	Jefes de Servicio con el apoyo del Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria	70%	52%	74%	Comité de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria	
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				División Médica	No se logró cumplir con la actividad porque a los responsables se les asignaron a realizar funciones de planificación y organización para dar respuesta a la Epidemia de Covid-19, por lo que se acuerda no considerar dicha actividad en la evaluación de este trimestre.
1.1.4	Continuar el Programa Trasplante Renales	4	N° de Trasplantes realizados	Registros Estadísticos de Producción	Depto. de Nefrología con el Apoyo de División Médica y Quirúrgica	1	2	200 %	División Médica y Quirúrgica	
2	Objetivo: mejorar el Desempeño Hospitalario					80%				
2.1	Resultado esperado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción					91%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental	Observaciones
						Programado	Realizado	Porcentaje de Cumplimiento		
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%	70%	82%	Informes de Producción SIMONS, SEPS Monitoreo del Cumplimiento de Metas en SPME	
2.1.2	Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización	85%	% de cumplimiento de la Meta	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Servicios de Hospitalización	85%	92%	108%	Informes de Producción SIMONS, SEPS Monitoreo del Cumplimiento de Metas en SPME	
2.2	Resultado esperado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial					50%				
2.2.1	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Primera Vez de las 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	75	0%	Departamento de Consulta Externa Médica y Quirúrgica	Por la Epidemia de Covid, se suspendió la Atención normal de Consulta Externa, lo cual ha provocado que los tiempos se incrementen y no se pueda cumplir con los programado

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental	Observaciones
						Programado	Realizado	Porcentaje de Cumplimiento		
2.2.2	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	72	125%	Departamento de Consula Externa Quirúrgica	Por la Epidemia de Covid 19, se ha suspendido en marzo la programación de Cirugía, sin embargo se ha estado cumpliendo
2.2.3	Cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	8	% de Supervisiones realizadas	Informes de Resultados de Supervisiones realizadas	Equipo de Supervisión Institucional	2	1	50%	Coordinador del Equipo de Supervisión	
2.2.4	Elaborar una propuesta para la Descentralización de Cirugías que se puedan realizar en el 2° nivel	1	Documento Aprobado	Documento y Gestión realizada para la aprobación de la propuesta	Jefe de División Quirúrgica y Dirección				División Quirúrgica	
2.3	Resultado esperado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios					100%				
2.3.1	Evaluar el resultado del Monitoreo del índice de uso de los Servicios de Laboratorio, Radiología, Banco de Sangre y Farmacia	4	Índice de uso por Servicio Final	Informe de resultados de índice de uso, informe de producción final y distribuida	Jefe de División Diagnóstico	1	1	100%	División de Diagnóstico	No se cuenta con la evidencia documental para evaluar la actividad

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental	Observaciones
						Programado	Realizado	Porcentaje de Cumplimiento		
2.3.2	Evaluar el proceso de construcción de información y rediseñar los informes para realizar el monitoreo del índice de uso de los servicios de Alimentación, Fórmulas, Lavandería , Mantenimiento y Transporte	5	N° de Proceso e Informes Rediseñados	Reportes de Producción final y Distribuida	Jefe de División Administrativa				División Administrativa	Por actividades emergentes en relación a la Pandemia por el Covid-19 no se realizó la actividad por lo que el responsable solicito su reprogramación para ser evaluado en el Tercer Trimestre
2.3.3	Monitoreo del Abastecimiento de Medicamentos	12	Porcentajes de Abastecimiento	Informe de monitoreo Presentados	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de Farmacoterapia y UACI	3	3	100%	Informes de Abastecimiento en el DGSTM y los Informes del Indicador en Unidad de Planificación	El informe de monitoreo se realiza semanal y se evalúa mensualmente, el resultado del trimestre es de 96.6%
2.3.4	Diseño, socialización e implementación del Programa de Optimización del uso de antibióticos	1	Programa elaborado socializado	Informe	Equipo PROA				Equipo PROA y División Médica	Esta actividad conforme al informe presentado por el Jefe de la División Médica, está en proceso. Se establecido acciones a realizar, pero no se ha podido dar seguimiento por la Pandemia de Covid-19. Por lo que esta actividad se reprograma hasta el 4° Trimestre.
		85%	% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa	Registro del monitoreo del cumplimiento de los indicadores PROA	Equipo POR con apoyo de la División Médica					

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental	Observaciones
						Programado	Realizado	Porcentaje de Cumplimiento		
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional									
3.1	Resultado esperado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional									
3.1.1	Implementación de la Gestión por Proceso	40%	% de dependencias capacitadas en la Gestión por Procesos	Registro de Dependencias Capacitadas	Unidad Organizativa de la Calidad en coordinación con Jefaturas y UDECAP				UDECAP y UOC	Por atender la planificación y organización para la Epidemia de Covid 19, no se cumplió con esta actividad, por lo que se reprogramará para el 3° Trimestre
		20%	% de Procesos documentados por dependencia	Inventario de Procesos documentados	Jefaturas con el Apoyo de la Planificación				Jefaturas y Unidad de Planificación	
3.1.2	Revisión y Actualización de Guías Terapéuticas seleccionadas por especialidad	50%	% de Guías Elaboradas	Registro del Inventario de Guías Terapéuticas a actualizar y N° de guías actualizadas	Jefaturas de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica					
4	Objetivo: Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad						100%			
4.1	Resultado esperado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad						100%			
4.1.1	Evaluación de la Satisfacción de Atención del usuario externo	1	Informes con Resultados de la Evaluación	Informes de Evaluación de la Calidad de Atención Asistencial	Jefe de la UOC				UOC	

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental	Observaciones
						Programado	Realizado	Porcentaje de Cumplimiento		
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%	OUC	
4.1.3	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	50%	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Informe de Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Dirección con el apoyo y coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad				UOC	Por atender la planificación y organización para la Epidemia de Covid 19, no se cumplió con esta actividad, por lo que se reprogramará para el 3° Trimestre
4.1.4	Reestructurar la Unidad de Investigación institucional para fomentar la Investigación con enfoque a los problemas sanitarios hospitalarios	1	Acuerdo de aprobación del Manual de Organización	Manual de Organización aprobado	Dirección				Dirección y Unidad de Planificación	
4.1.5	Monitoreo del Plan para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas.	85%	% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el plan	Informes presentados	Departamento de Pediatría Social				Pediatría Social	
4.1.6	Diseñar y socializar un programa de educación en Salud a través de la Redes Sociales que permita informar sobre el Rol del Hospital en la Salud de la población	1	Programa aprobado	Documento de aprobación	Relaciones Públicas				Relaciones Públicas	

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental	Observaciones
						Programado	Realizado	Porcentaje de Cumplimiento		
4.1.7	Implementar el Programa de Educación en salud a través de Redes Sociales	85%	% de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa	Registro del monitoreo del cumplimiento de los indicadores del programa	Relaciones Públicas con el apoyo de las Divisiones				Relaciones Públicas	
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional					91%				
5.1	Resultado esperado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias					91%				
5.1.1	Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional	4	Nº de Monitoreos	Informes de Respaldo en los Sistemas y Evidencia documental	Consejo Estratégico de Gestión	1	1	100%	Unidad de Planificación	
5.1.2	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	80%	% de indicador que cumple con el Estándar definido	Informes mensual de indicadores	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo de la Unidad de EEIS y la Unidad de Planificación	80%	65%	81%	Unidad de Planificación	
5.1.3	Evaluación del funcionamiento de la Sala Situacional	100%	% de cumplimiento de la programación anual de la Sala Situacional	Actas de reunión	Jefatura de Epidemiología				Unidad de Epidemiología, Estadística e Información en Salud.	Por atender la planificación y organización para la Epidemia de Covid 19, no se cumplió con esta actividad como estaba programada. Sin

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental	Observaciones
						Programado	Realizado	Porcentaje de Cumplimiento		
		100%	% de cumplimiento de los acuerdos establecidos en la Sala Situacional	Informe de acuerdos cumplidos	Jefaturas designadas en los acuerdos				Unidad de Epidemiología, Estadística e Información en Salud.	embargo, se le dio seguimiento enviando por correo electrónico las presentaciones a los participantes de la Sala. Por lo que se suspende su evaluación en este trimestre
5.1.4	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				Unidad de Planificación	
5.1.5	Elaborar el Plan Estratégico Institucional 2019-2024	1	Documento Elaborado	Registro del Proceso de Elaboración	Unidad de Planificación a través de la Dirección y su C.E.G				Unidad de Planificación	
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 esperado: 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	Monitoreo de la Valoración de Riesgos Institucional	50%	% de disminución de Riesgos	Informe de Resultados presentados por las Dependencias e Informe de Auditoría Interna	Jefes de División y Departamento en coordinación con la Unidad de Auditoría Interna				Auditoría Interna	

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental	Observaciones
						Programado	Realizado	Porcentaje de Cumplimiento		
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	
6.2	Resultado esperado: Realizar vigilancia de las condiciones ambientales para contribuir a la protección de la salud de la población y cuidado del medio ambiente					100%				
6.2.1	Realizar la vigilancia de la calidad del agua conforme al estándar de calidad	12	N° supervisiones Realizadas	Registro de Información en Etab e Informe de Supervisión	Inspector de Saneamiento	3	3	100%	UOC y Saneamiento Ambiental	
6.2.2	Monitoreo del Plan de Reciclaje	4	Informe de Resultados	Registro de Cantidad de Papel Reciclado y Recibos de Ingreso por la Venta	Inspector de Saneamiento con el apoyo de las Jefaturas y el Comité de Gestión Ambiental	1	1	100%	Saneamiento Ambiental y Unidad Financiera Institucional	
6.2.3	Monitoreo del cumplimiento Plan de Manejo de Desechos Bio-infecciosos y Comunes	4	Informe de Resultado del estándar de calidad N° 23	Registro de acciones para cumplir con el Plan conforme al Reglamento Técnico del Manejo de desecho bioinfecciosos y actualización del estándar 23 en el ETAB	Inspector de Saneamiento con el apoyo de las Jefaturas	1	1	100%	UOC y Saneamiento Ambiental	
7	Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano					61%				

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental	Observaciones
						Programado	Realizado	Porcentaje de Cumplimiento		
7.1	Resultado esperado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano					61%				
7.1.1	Monitoreo del Plan de Desarrollo del Recurso Humano 2019-2023	20%	% de cumplimiento del Plan de Desarrollo de Recursos Humanos	Cumplimiento de la Programación del Desarrollo del Plan	Departamento de Recursos Humanos				Unidad de Recursos Humanos	
7.1.2	Realizar la actualización del Inventario y expediente Laboral de Recursos Humanos	100%	% de expedientes actualizados	Instrumento diseñado para la actualización del Expediente y expedientes actualizados	Departamento de Recursos Humanos con el apoyo de las Jefaturas y empleados del Hospital					
7.1.3	Elaborará el Plan de Capacitación Institucional 2020	1	Plan Aprobado	Registro del Proceso de Elaboración del Plan	Departamento de Capacitación con el Apoyo de las Jefaturas de cada dependencia	1	1	100%	Departamento de Capacitación	
7.1.4	Evaluar el Plan de Capacitación Institucional	80%	% de Cumplimiento del Plan	Registro e Informes del Departamento de Capacitación	Unidad de Desarrollo Profesional a través del Departamento de Capacitación en coordinación con las Jefaturas de cada dependencia	80%	17%	21%	Departamento de Capacitación	

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental	Observaciones
						Programado	Realizado	Porcentaje de Cumplimiento		
8	Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información					45%				
8.1	Resultado esperado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa					45%				
8.1.1	Monitoreo de la generación oportuna de la Información Estadística de producción	100%	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	Informes de Control Estadísticos	Unidad de EEIS a través de Estadística con el apoyo de las Jefaturas de las Dependencias	100%	45%	45%	Sección de Estadística	
8.1.2	Desarrollo e implementación de proyectos de tecnologías de Información	3	N° de Proyectos de Tecnologías de Información Implementados	Proyectos de Tecnologías de Información en producción	Dirección a través del Depto. de Informática y Jefaturas involucradas				Departamento de Informática	
9	Objetivo: Lograr disminuir la mortalidad por la Pandemia de Covid					100%			Este Objetivo estratégico y resultado esperado se incorporó por decisión de la Dirección a fin de evidenciar el trabajo operativo realizado para dar respuesta a la Epidemia de Covid-19	
9.1	Resultado esperado: Dar respuesta oportuna a las demanda de pacientes infectados por el Covid-19, en base a la capacidad de respuesta y protocolos establecidos					100%				
9.1.1	Elaborar y divulgar el Plan Contingencial Frente a casos de Infección por el nuevo Coronavirus	1	Plan Aprobado y Divulgado	Documento Aprobado Evidencia de divulgación del Plan	Dirección o su delegado	1	1	100%	Departamento de Informática	

No.	Actividad	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Ubicación de la Fuente de la Evidencia Documental	Observaciones
						Programado	Realizado	Porcentaje de Cumplimiento		
9.1.2	Realizar las Acciones estratégicas para la implementación y ejecución del Plan Contingencial para la Atención de Covid	1	Porcentaje de acciones realizadas en relación a las definidas	Registro de acciones definidas y realizadas	Dirección y Jefes de División	1	1	100%	Departamento de Informática	
Porcentaje de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos						83%				
Porcentaje de Cumplimiento de los Resultados Esperados						83%				

Nota: Para efectos de calificación de los resultados esperados, se considera el cumplimiento máximo del 100% en cada una de las actividades

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

Período evaluado: De enero a marzo de 2020

N° Corr Act.		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	Resultado Esperado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional	89%	Surgimiento de actividades emergentes por la Pandemia de Covid-19	Se retomará las actividades operativas al normalizarse la Situación	4ª Trimestre	Jefes de División Médica y Quirúrgica con el apoyo de la Dirección
2	2.1	Resultado esperado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de Metas de Producción	91%	A pesar del surgimiento de actividades emergentes por la Pandemia de Covid-19, el resultado está acorde a lo esperado	0%	0%	0%
3	2.2	Resultado esperado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial	50%	Ausencias de Pacientes, Incapacidades del Personal, y Suspensión de Consulta por la Epidemia del Covid-19	Se analizarán los resultados en coordinación con los coordinadores de Especialidades de Consulta Externa	2ª Trimestre	Jefatura de consulta Externa y coordinadores de especialidad con el apoyo de Jefes de División Médica y Quirúrgica
4	2.3	Resultado esperado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	100%	Surgimiento de actividades emergentes por la Pandemia de Covid-19	Se retomará las actividades operativas al normalizarse la Situación	3ª Trimestre	Jefes de División de diagnóstico y División Administrativa con el apoyo de las Divisiones de Enfermería, Médica y Quirúrgica

N° Corr Act.		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
5	3.1	Resultado esperado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional		Surgimiento de actividades emergentes por la Pandemia de Covid-19	Dos de las actividades programadas en el trimestre se reprograman, por lo que se no se evalúa el resultado	2ª y 3ª Trimestre	Unidad Organizativa de la Calidad y Jefaturas
6	4.1	Resultado esperado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	100%	Surgimiento de actividades emergentes por la Pandemia de Covid-19	De las actividades programadas en el Trimestre una se reprograma	3ª Trimestre	Unidad Organizativa de la Calidad, con el apoyo del Consejo Estratégico de Gestión
7	5.1	Resultado esperado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	91%	Por atender la planificación y organización para la Epidemia de Covid 19, no se cumplió con una actividad programada. Por lo que se suspende su evaluación en este trimestre	Se dará seguimiento mensual de manera virtual y su evaluación se hará hasta en el 4ª Trimestre	2ª Trimestre	Jefatura de Epidemiología. Estadística e Información en Salud y Unidad de Planificación
8	6.1	Resultado esperado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente		No se programó su realización en este trimestre			
9	6.2	Resultado esperado: Realizar vigilancia de las condiciones ambientales para contribuir a la protección de la salud de la población y cuidado del medio ambiente	100%	0%	0%	0%	0%

N° Corr Act.		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
10	7.1	Resultado esperado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	61%	Surgimiento de actividades emergentes por la Pandemia de Covid-19	Se retomará las actividades operativas al normalizarse la Situación	4 ^a Trimestre	Unidad de Formación Profesional, Departamento de Recursos Humanos y Departamento de Capacitación
11	8.1	Resultado esperado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de información interna y externa	45%	Cultura organizacional y la Pandemia Covid-19	Se realizará el monitoreo mensual y se informara a las Jefaturas los resultados	4 ^a Trimestre	Unidad de Epidemiología, Estadística e Información en Salud, con el apoyo de las Jefaturas
12	9.1	Resultado esperado: Dar respuesta oportuna a las demanda de pacientes infectados por el Covid-19, en base a la capacidad de respuesta y protocolos establecidos	100%				
Porcentaje de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos					83%		
Porcentaje de Cumplimiento de los Resultados Esperados					83%		

RESULTADOS DE LA PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS
De enero a marzo de 2020

Producción y Cumplimiento de Metas en Consulta Ambulatoria

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Sub especialidades Médicas	10,035	8,647	86%	9,557	7,817	82%	10,513	4,595	44%	30,105	21,059	70%
Alergología / Inmunología	874	852	97%	832	749	90%	915	396	43%	2,621	1,997	76%
Cardiología	966	539	56%	920	463	50%	1,012	242	24%	2,898	1,244	43%
CENID	252	230	91%	240	183	76%	264	223	84%	756	636	84%
Dermatología	521	521	100%	496	475	96%	546	223	41%	1,563	1,219	78%
Endocrinología	924	888	96%	880	804	91%	968	500	52%	2,772	2,192	79%
Fisiatría	47	0	0%	45	0	0%	50	45	90%	142	45	32%
Gastroenterología	504	401	80%	480	410	85%	528	193	37%	1,512	1,004	66%
Hematología	672	619	92%	640	559	87%	704	377	54%	2,016	1,555	77%
Infectología	67	35	52%	64	41	64%	70	20	29%	201	96	48%
Nefrología	437	382	87%	416	355	85%	458	190	41%	1,311	927	71%
Neumología	1,008	506	50%	960	489	51%	1,056	221	21%	3,024	1,216	40%
Neurología	840	806	96%	800	715	89%	880	405	46%	2,520	1,926	76%
Nutriología												
Oncología	840	805	96%	800	747	93%	880	689	78%	2,520	2,241	89%
Pediatría General	1,092	1,553	142%	1,040	1,232	118%	1,144	578	51%	3,276	3,363	103%
Psiquiatría	739	312	42%	704	417	59%	774	221	29%	2,217	950	43%
Reumatología	252	198	79%	240	178	74%	264	72	27%	756	448	59%
Sub especialidades Quirúrgicas	5,615	5,010	89%	5,345	4,590	86%	5,877	2,281	39%	16,837	11,881	71%
Anestesiología / Algo logia	134	99	74%	128	123	96%	141	119	84%	403	341	85%
Cirugía General	773	587	76%	736	573	78%	810	300	37%	2,319	1,460	63%

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Cirugía Cardiovascular	50	32	64%	53	34	64%	48	7	15%	151	73	48%
Cirugía Maxilofacial	151	130	86%	144	96	67%	158	57	36%	453	283	62%
Cirugía Neonatal	101	52	51%	96	60	63%	106	32	30%	303	144	48%
Cirugía Oncológica	25	39	156%	24	37	154%	26	20	77%	75	96	128%
Cirugía Plástica	475	308	65%	444	317	71%	497	135	27%	1,416	760	54%
Neurocirugía	403	311	77%	384	285	74%	422	115	27%	1,209	711	59%
Oftalmología	874	1,313	150%	832	1,052	126%	915	506	55%	2,621	2,871	110%
Ortopedia	949	897	95%	904	845	93%	994	377	38%	2,847	2,119	74%
Otorrinolaringología	1,176	809	69%	1,120	768	69%	1,232	420	34%	3,528	1,997	57%
Urología	504	433	86%	480	400	83%	528	193	37%	1,512	1,026	68%
	15,650	13,657	87%	14,902	12,407	83%	16,390	6,876	42%	46,942	32,940	70%
Consulta Externa Odontológica	937	959	102%	892	855	96%	981	442	45%	2810	2,256	80%
Odontológica de primera vez	94	621	682%	89	493	554%	98	243	248%	281	1,357	483%
Odontológica subsecuente	843	338	53%	803	362	45%	883	199	23%	2,529	899	36%
Otras Atenciones Cons. Externa Médica												
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	90	395	439%	82	448	546%	90	157	174%	262	1,000	382%
Clínica de Ulceras	3,333	867	26%	3,333	959	29%	3,333	520	16%	9,999	2,346	23%
Nutrición	404	313	77%	384	262	68%	422	213	50%	1,210	788	65%
Psicología	1,176	434	37%	1,120	405	36%	1,232	180	15%	3,528	1,019	29%
Total Consulta Externa	21,590	16,625	77%	20,713	15,336	74%	22,448	8,388	37%	64,751	40,349	62%
Emergencias	2,184	1,906	87%	2,137	2,145	100%	2,028	1,767	87%	6,349	5,818	92%
Cirugía General	984	1,163	118%	989	1,137	115%	953	909	95%	2,926	3,209	110%
Pediatría Gral.	1,200	743	62%	1,148	1,008	88%	1,075	858	80%	3,423	2,609	76%
Total Consulta Ambulatoria	23,774	18,531	78%	22,850	17,481	77%	24,476	10,155	41%	71,100	46,167	65%

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	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Sub Especialidades de Medicina	439	412	94%	397	400	101%	439	460	105%	1275	1272	100%
Hematología Pediátrica	72	65	90%	65	59	91%	72	57	79%	209	181	87%
Infectología Pediátrica	106	122	115%	96	116	121%	106	141	133%	308	379	123%
Medicina Interna Pediátrica	73	46	63%	66	53	80%	73	63	86%	212	162	76%
Nefrología Pediátrica	21	19	90%	19	24	126%	21	29	138%	61	72	118%
Neonatología	43	61	142%	39	56	144%	43	59	137%	125	176	141%
Oncología Pediátrica	124	99	80%	112	92	82%	124	111	90%	360	302	84%
Sub Especialidades de Cirugía	521	466	89%	469	466	99%	521	416	80%	1511	1348	89%
Cirugía Pediátrica	183	162	89%	165	173	105%	183	166	91%	531	501	94%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	75	103	137%	67	71	106%	75	65	87%	217	239	110%
Ortopedia / Traumatología	71	69	97%	64	61	95%	71	59	83%	206	189	92%
Neurocirugía Pediátrica	92	71	77%	83	90	108%	92	85	92%	267	246	92%
Oftalmología Pediátrica	42	38	90%	38	37	97%	42	20	48%	122	95	78%
Otorrinolaringología Pediátrica	58	23	40%	52	34	65%	58	21	36%	168	78	46%
Otros Egresos	90	60	67%	82	65	79%	90	53	59%	262	178	68%
Servicios por Contrato	90	60	67%	82	65	79%	90	53	59%	262	178	68%
Total de Egresos Hospitalarios	1,050	938	89%	948	931	98%	1,050	929	88%	3,048	2,798	92%

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

Producción de Egresos Hospitalarios (SIMMOW).

Producción y cumplimiento de Cirugía Mayor

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Total de Egresos Hospitalarios	1,050	938	89%	948	931	98%	1,050	929	88%	3,048	2,798	92%
Cirugía Mayor	722	596	83%	662	554	84%	716	438	61%	2100	1588	76%
Electivas para Hospitalización	252	227	90%	246	228	93%	248	152	61%	746	607	81%
Electivas Ambulatorias	122	111	91%	116	139	120%	128	72	56%	366	322	88%
De Emergencia para Hospitalización	340	247	73%	292	182	62%	334	194	58%	966	623	64%
De Emergencia Ambulatoria	8	11	138%	8	5	63%	6	20	333%	22	36	164%

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	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Unidad de Emergencia												
Admisiones	1,042	1,162	112%	941	1,127	120%	1,042	1,047	100%	3,025	3,336	110%
Transferencias	566	557	98%	481	520	108%	508	536	106%	1,555	1,613	104%
Unidad de Máxima Urgencia												
Admisiones	140	86	61%	126	92	73%	140	89	64%	406	267	66%
Transferencias	140	80	57%	126	87	69%	140	84	60%	406	251	62%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios												
Admisiones	140	151	108%	147	137	93%	149	135	91%	436	423	97%
Transferencias	144	150	104%	133	134	101%	144	145	101%	421	429	102%

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	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Laboratorio Clínico	67,664	66,424	98%	63,296	62,966	99%	67,664	57,440	85%	198,624	186,830	94%
Hematología	18,941	20,008	106%	17,718	17,913	101%	18,941	17,059	90%	55,600	54,980	99%
Consulta Externa	5,451	6,546	120%	5,099	6,104	120%	5,451	4,770	56%	16,001	17,420	109%
Hospitalización	6,971	6,735	97%	6,521	6,040	93%	6,971	6,496	93%	20,463	19,271	94%
Emergencia	3,039	2,806	92%	2,843	2,665	94%	3,039	2,686	88%	8,921	8,157	91%
Referido / Otros	3,480	3,921	113%	3,255	3,104	95%	3,480	3,107	89%	10,215	10,132	99%
Inmunología	5,453	3,783	69%	5,102	3,636	71%	5,453	2,860	52%	16,008	10,279	64%
Consulta Externa	1,196	1,425	119%	1,119	1,225	109%	1,196	634	53%	3,511	3,284	94%
Hospitalización	730	897	123%	683	915	134%	730	863	118%	2,143	2,675	125%
Emergencia	312	399	128%	292	366	125%	312	451	145%	916	1,216	133%
Referido / Otros	3,215	1,062	33%	3,008	1,130	38%	3,215	912	28%	9,438	3,104	33%
Bacteriología	4,863	4,742	98%	4,550	4,451	98%	4,863	4,405	91%	14,276	13,598	95%
Consulta Externa	404	431	107%	378	325	86%	404	270	67%	1,186	1,026	87%
Hospitalización	2,969	2,792	94%	2,778	2,740	99%	2,969	2,573	87%	8,716	8,105	93%
Emergencia	1,490	1,519	102%	1,394	1,386	99%	1,490	1,562	105%	4,374	4,467	102%
Parasitología	371	424	114%	346	345	100%	371	333	90%	1,088	1,102	101%
Consulta Externa	44	61	139%	41	35	85%	44	24	55%	129	120	93%
Hospitalización	197	211	107%	184	188	102%	197	192	97%	578	591	102%
Emergencia	130	152	117%	121	122	101%	130	117	90%	381	391	103%
Bioquímica	36,334	35,695	98%	33,989	34,984	103%	36,334	31,337	86%	106,657	102,016	96%
Consulta Externa	6,937	7,505	108%	6,489	6,270	97%	6,937	4,056	58%	20,363	17,831	88%
Hospitalización	20,644	18,941	92%	19,312	19,080	99%	20,644	18,825	91%	60,600	56,846	94%
Emergencia	5,093	4,792	94%	4,764	4,874	102%	5,093	4,286	84%	14,950	13,952	93%

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Referido / Otros	3,660	4,457	122%	3,424	4,760	139%	3,660	4,170	114%	10,744	13,387	125%
Urianálisis	1,702	1,772	104%	1,591	1,637	103%	1,702	1,446	85%	4,995	4,855	97%
Consulta Externa	651	652	100%	609	630	103%	651	370	57%	1,911	1,652	86%
Hospitalización	541	547	101%	506	484	96%	541	489	90%	1,588	1,520	96%
Emergencia	503	462	92%	470	473	101%	503	426	85%	1,476	1,361	92%
Referido / Otros	7	111	1586%	6	50	833%	7	161	2300%	20	322	1610%
Banco de Sangre	11,605	9,518	82%	10,857	12,772	118%	11,605	13,240	114%	34,067	35,530	104%
Consulta Externa	4,228	4,763	113%	3,955	4,175	106%	4,228	3,855	91%	12,411	12,793	103%
Hospitalización	6,088	3,900	64%	5,696	7,437	131%	6,088	7,969	131%	17,872	19,306	108%
Emergencia	946	428	45%	885	839	95%	946	1,056	112%	2,777	2,323	84%
Referido / Otros	343	427	124%	321	321	100%	343	360	105%	1,007	1,108	110%

Fuente de Datos
Producción de Medicina Crítica (SEPS2)

Producción y cumplimiento de Metas en Servicios de Tratamiento y Apoyo

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Imagenología												
Fluoroscopias	65	98	151%	65	80	123%	65	46	71%	195	224	115%
Radiografías	4,891	4,505	92%	4,418	4,507	102%	4,891	3,342	68%	14,200	12,354	87%
Ultrasonografías	598	731	122%	541	843	156%	598	629	105%	1,737	2,203	127%
Tomografía Axial Computarizada	384	378	98%	348	420	121%	384	316	82%	1,116	1,114	100%
Resonancias Magnéticas Nucleares	85	122	144%	77	113	147%	86	79	92%	248	314	127%

Actividades	Enero			Febrero			Marzo			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Anatomía Patológica												
Biopsias Otras partes del cuerpo	272	289	106%	272	248	91%	272	230	85%	816	767	94%
Otros Procedimientos												
Diagnósticos												
Ecocardiogramas	229	251	110%	229	239	104%	229	15	7%	687	505	74%
Electrocardiogramas	332	415	125%	332	484	146%	332	246	74%	996	1,145	115%
Electroencefalogramas	325	317	98%	325	336	103%	325	11	3%	975	664	68%
Endoscopias	15	2	13%	15	16	107%	15	9	60%	45	27	60%
Tratamiento y Rehabilitación												
Cirugía Menor	541	491	91%	397	435	110%	476	332	70%	1,414	1,258	89%
Diálisis Peritoneal	291	360	124%	274	336	123%	291	336	115%	856	1,032	121%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	1,394	2,062	148%	1,260	2,130	169%	1,395	1,547	111%	4,049	5,739	142%
Hemodiálisis	434	309	71%	406	246	61%	434	246	57%	1,274	801	63%
Inhaloterapias	1,990	1,704	86%	1,990	2,021	102%	1,990	1,263	63%	5,970	4,988	84%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	9,000	12,644	140%	8,130	13,694	168%	9,000	10,106	112%	26,130	36,444	139%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	24,278	21,810	90%	21,928	27,533	126%	24,278	25,875	107%	70,484	75,218	107%
Terapias Respiratorias	17,096	18,880	110%	17,096	20,048	117%	17,096	11,884	70%	51,288	50,812	99%
Trabajo Social												
Casos Atendidos	4,931	5,063	103%	4,696	4,956	106%	5,165	4,088	79%	14,792	14,107	95%

Fuente de Datos
Producción de Medicina Crítica (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, para lo cual es indispensable que los involucrados en el proceso deben cumplir oportunamente con las fechas de entrega de la información o evidencia del cumplimiento de las actividades programadas.
3. Que en el primer trimestre del Plan Operativo Anual Institucional 2020, se tuvo que incorporar en dicho Plan, actividades operativas en relación al funcionamiento del Hospital para dar respuesta a la demanda por la Pandemia de Covid 19, y se dejaron sin desarrollar otras actividades planteadas, lo que dio como resultado el cumplimiento del Plan en un 83%. En la programación de metas de producción de servicios finales se obtuvo un promedio del 92% en Hospitalización y de 62% en la consulta externa, ya que esta se tuvo que cerrar en la 3ª semana del mes de marzo por la Pandemia.
4. Que de las actividades programadas en el primer trimestre del POAI 2020, seis no se cumplieron y se decidió por las autoridades no incluir en la evaluación, dado que no se realizaron porque se prioriza la atención a la demanda de actividades emergentes por la Pandemia de Covid-19.

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. Ángel Ernesto Alvarado
Director