

HOSPITAL  
NACIONAL DE NIÑOS  
BENJAMIN BLOOM



**PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL  
2024**

Este plan anual de operaciones puede ser usado en cualquier formato, siempre que se cite la fuente y que sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que

La documentación  
Portal de Transpa

**INFORME DE EVALUACION**

**2° Trimestre de 2024**

altarse en el

**Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez**  
**Director del HNNBB**

07 de Agosto de 2024

**Elaborado por:** Equipo Técnico Unidad de Planificación

# **Autoridades**

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez  
Director

Dr. Werner Heriberto Rosales López  
Sub Director

Dr. Pablo Ricardo González  
Jefe de División Quirúrgica

Dr. David Ernesto Castillo Bustamante  
Jefe de División Médica

Dra. Iliana María Hernández  
Jefe de División de Servicios de Diagnóstico y Apoyo

Licda. Cándida Arely Montano  
Jefe de la División Administrativa

Licda. Claudia Carpio  
Jefe de la División de Enfermería

# PRESENTACIÓN

La Dirección del Hospital de Niños Benjamín Bloom, fiel al compromiso con la transparencia y de cara al personal y a la población en general, presenta el Informe de monitoreo de la Planificación Institucional correspondiente al período de abril a junio de 2024

El objetivo principal del monitoreo del POI 2024, es el de verificar y medir el cumplimiento de las metas propuestas, determinando el alcance de efectividad logrado, lo cual permite realizar acciones para alcanzar las metas institucionales establecidas para este año, y las cuales han estado en concordancia con lo establecido en las leyes y normativas vigentes.

Es importante mencionar que el cumplimiento de la Programación de actividades 2024, representa un desafío constante, considerando que existen factores internos y externos que pueden afectar su ejecución, por lo que para lograr los mejores resultados es indispensable el seguimiento oportuno y la evaluación periódica. Es por tal razón que este informe, se considera como una respuesta al lineamiento establecido por ente normativo y se ha realizado bajo los mecanismos de control establecidos, los cuales son ejecutados por los responsables de las actividades, quienes con grandes esfuerzos de comunicación, buenas prácticas sanitarias y vigilancia permanente, realizan las actividades definidas y generan la evidencia que permite obtener la calificación de los resultados de la Programación de Actividades.

Por lo tanto, el presente informe muestra el resultado de abril a junio de 2024 del cumplimiento de la programación de actividades, en la cual se incluye el monitoreo del cumplimiento de las Metas de Producción y el esfuerzo del Hospital para responder al proceso de seguimiento de la gestión operativa, con la finalidad de alcanzar los resultados esperados y contribuir a dar servicios de salud integrales y coordinados a través de redes en todo el sistema de salud.

San Salvador, 07 de agosto de 2024

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez  
Director del HNNBBB

## 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.

Para cumplir con su función el Hospital anualmente y conforme a los lineamientos ministeriales, elabora mediante un proceso coordinado y en equipo, su Plan Operativo Anual Institucional 2024 (POAI-2024); el cual constituye un instrumento guía para evaluar su funcionamiento y comprende el establecimiento de objetivos estratégicos, resultados esperados, la programación de actividades productivas y las actividades o acciones de gestión que garanticen el cumplimiento de la misión.

Para verificar los avances de lo programado, el Hospital para el año 2024 realizará un proceso de evaluación y seguimiento periódico según corresponda, elaborando un informe de los avances. Este proceso de monitoreo y evaluación, ha sido institucionalizado en el Hospital y es realizado en principio en coordinación con los miembros del Consejo Estratégico de Gestión, y su revisión a través de reuniones estratégicas, de Sala Situacional y Entrega de Turnos; por lo que para la realización de la evaluación es indispensable la verificación del cumplimiento de las actividades, en base al indicador definido y en caso de no haberse logrado, se debe establecer o definir las acciones que permitan dar respuesta a lo planificado.

Una vez realizada la evaluación, la calificación y resultado obtenido es presentado en los Informes de Evaluación, el cual es producto del esfuerzo de todos los involucrados en el desarrollo de la gestión, el cual ha sido dirigido por la Dirección del Hospital a través de la Sub Dirección y coordinado por la Unidad de Planificación con los responsables directos de las actividades programadas, quienes dan fe del cumplimiento conforme a la evidencia presentada por ellos mismos y la cual es construida y resguardada por cada uno de los responsables de las actividades programadas y que hace posible el proceso de evaluación y calificación del resultado en el período evaluado.

Cabe mencionar que uno de los aspectos que afecta el proceso de Evaluación del Plan Anual Operativo es la oportunidad y calidad en la entrega de la información necesaria para validar el cumplimiento, sin embargo, se valora el esfuerzo y participación de los que hacen posible la presentación de este informe y sobre todo la calificación obtenida.

Es importante destacar el rol de todos los involucrados en el proceso, a quienes se les agradece el apoyo y la presentación de la evidencia, la cual hace posible la presentación de los resultados contenidos en este informe.

## **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 EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN**

A efecto de realizar el Proceso de Evaluación del Plan Anual Operativo 2023, se ha considerado lo siguiente:

- Que para la evaluación del Plan Anual Operativo de Actividades se consideran las actividades programadas en cada período a evaluar, las cuales se revisan y califican en función del indicador definido y las consideraciones del equipo evaluador. La calificación final es el resultado del promedio de las calificaciones de las actividades programadas.
- La evaluación del cumplimiento de los resultados esperado se analiza considerando las la calificación de las actividades que comprende dicho resultado esperado, a fin de definir las acciones, estrategias o planes de mejora a realizar para cumplir el plan según la meta establecida.
- La Evaluación de las cumplimiento de Metas de Producción se realizará conforme a los resultados registrados en los Sistemas Oficiales

## **LIMITANTES EN LA EJECUCION DEL PLAN ANUAL OPERATIVO**

- Que las Metas definidas no respondan a la operatividad en función de los recursos, y que se realicen sin mayor incidencia en las demandas de la población
- Que los resultados esperado no respondan al componente de desarrollo estratégico del Hospital
- Que no exista o sea limitada la participación del cuerpo gerencial en la formulación de las actividades y metas.
- La frágil atención de las jefaturas en el proceso de seguimiento para la ejecución del Plan y cumplimiento de metas.

## Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”

### PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2024 RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DE GESTION

De abril a junio de 2024

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	2° Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
<b>Objetivo: Contribuir a la disminución de la mortalidad infantil, mejorando el desempeño hospitalario</b>							
1	Realizar el 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)	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	Jefes de Servicio de Hospitalización	80%	73%	91%	
2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	División de Enfermería a través de los Comités locales de IASS	80%	87%	108%	
3	Realizar el Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia)	Informe de Monitoreo de Resultados del Plan	División Medica	100%	100%	100%	
4	Continuar con el Programa Trasplante Renal	N° de Trasplantes realizados	Depto. de Nefrología	1	0	0%	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	2° Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
5	Lograr el cumplimiento de Metas de producción de las especialidades de Consulta Externa	% de cumplimiento de la Meta	Jefes de Depto. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica	AR	AR	AR	Se evaluaron los resultados encontrando diferencias de información entre los Sistemas Oficiales de Registro de Información, por lo que no es posible calificar el cumplimiento de la actividad (Aún se está en proceso de Implementación de SIS. Por lo que se reprogramará)
6	Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización	% de cumplimiento de la Meta	Jefes de Departamento de los Servicios de Hospitalización	AR	AR	AR	Se evaluaron los resultados encontrando diferencias de información entre los Sistemas Oficiales de Registro de Información, por lo que no es posible calificar el cumplimiento de la actividad (Aún se está en proceso de Implementación de SIS. Por lo que se reprogramará)
7	Realizar el monitoreo del abastecimiento de Medicamentos	% de Abastecimiento	Jefe de Depto. de Suministros y Abastecimiento	95%	93%	98%	
8	Monitoreo del Plan de Optimización del uso de antibióticos	% de Cumplimiento de los Indicadores del Plan	División Médica a través del Equipo PROA	AR	AR	AR	Se ha recibido un Informe de Actividades realizadas para el seguimiento del Plan, pero no ha sido posible evaluar la actividad en base a los indicadores definidos, ya que los Lineamientos para su ejecución están a la Dirección de Regulación. Por lo que se reprogramará para el 4° trimestre.



N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	2° Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
9	Monitoreo y Evaluación del resultado de los Indicadores de Gestión Hospitalaria	Informes de Resultados	Unidad de Planificación con el apoyo de UEEIS y responsables de los Indicadores	3	3	100%	Los informes reportados son enero, febrero y marzo
		Informe planes o acciones de Mejora	Jefes de División Médica y Quirúrgica, con el apoyo de Unidad de Planificación	1	1	100%	Se realizó Acciones de Mejora en Consulta Externa
10	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	Informes de Resultados	Unidad de Calidad con el apoyo de dependencias involucradas	3	3	100%	
		Informe de Análisis y planes o acciones de Mejora	Jefes de División con el apoyo de UOC	1	1	100%	
<b>Objetivo: Impulsar un modelo de gestión que permitan mejorar la gestión asistencial institucional, considerando el enfoque de derecho de los pacientes y sus familias y en búsqueda de obtener efectos positivos en el curso de vida de pacientes atendidos.</b>							
11	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta Médico-Quirúrgicos de Primera Vez, (En función del resultado del 2023)	Porcentaje de Reducción del Tiempo de Espera (El estándar de Tiempo de espera en Días es menor o igual a 30 días)	Jefes de División Médica y Quirúrgica	30%	16%	52%	Se modificó el indicador. En el mes de junio se tuvo una reducción del 47%, pero el resultado es mayor de 30 días
12	Mejorar los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva (T.E:=Desde la fecha de programación hasta la fecha de realización)	Tiempo de Espera en Días menor o igual a 60 días	Jefe de División Quirúrgica	60	26	100%	
13	Mejorar el Tiempo de Espera para el Ingreso Hospitalario	Tiempo Promedio de Espera menor o igual 5 horas	Jefe de Emergencia con el apoyo de Jefe de División Médica	5	7	0%	Se ha dificultado el cumplimiento de la meta, debido al aumento en la demanda de camas por el brote de Dengue entre otros

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	2° Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
14	Realizar el Monitoreo del Programa para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas.	% de Cumplimiento de los indicadores definidos en el Plan	Depto. de Pediatría Social	85%	100%	118%	
<b>Objetivo: Mejorar la capacidad de respuesta con calidad y oportunidad a través de la modernización y automatización de procesos y fortalecimiento de la plataforma documental del Hospital.</b>							
15	Seguimiento y Evaluación de la implementación de los Manuales de Procesos estandarizados por el Ministerio de Salud	N° de Auditorías realizadas para evaluar la implementación del Proceso y Procedimientos Quirúrgicos estandarizado por el MINSAL	UOC y Equipo de Designado	AR	AR	AR	Esta actividad se reprograma para el 3° Trimestre
16	Actualización de los Manuales de Organización	% de Dependencias con Manuales de Organización Actualizado	Unidad de Planificación	80%	93%	116%	Solamente hacen falta de actualizar manuales 7 dependencias
17	Fomentar el aprovechamiento y uso de las TIC	% de Sistemas y/o módulos Elaborados	Depto. de Informática	NP	NP	NP	
		% de Dependencia en SIS	Jefes de División	NP	NP	NP	
18	Monitoreo del Proceso de Generación Oportuna de información estadística en los Sistemas Oficiales	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	Unidad de EEIS a través de Estadística	100%	32%	32%	
<b>Objetivo: Fortalecer el proceso de mejora Continua de la gestión administrativa y de la Calidad</b>							
19	Evaluar el funcionamiento de la Sala Situacional	Documento de Programación 2024 aprobada	Unidad de EEIS y Dirección	NP	NP	NP	

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	2° Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
		% de cumplimiento de la Programación	Unidad de EEIS Y Jefaturas designadas de acuerdo a la Programación	100%	67%	67%	
		% de cumplimiento de acuerdos establecidos en las Sala Situacional	Designadas en los acuerdo y UEEIF	100%	100%	100%	
		Documento de Programación 2024 aprobada	Unidad de EEIS y Dirección	NP	NP	NP	
20	Realizar la Valoración de Riesgo Institucional 2025	Documento Aprobado y divulgado	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación	NP	NP	NP	
21	Monitoreo y Evaluación de la Gestión de Riesgo Institucional (De acuerdo de a la Programación del Auditoría Interna)	Informe de actividades de Control realizadas	Jefaturas y Auditoría Interna	100%	100%	100%	Se recibió informe de monitoreo realizado por Auditoría Interna
22	Formulación del POAI 2025	Documento de Planificación y Calendarización del Proceso de Elaboración	Unidad de Planificación	NP	NP	NP	
		Plan Anual Operativo Institucional Aprobado y Divulgado	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación	NP	NP	NP	
23	Monitoreo y Evaluación del POAI (último trimestre 2023 y del uno al tercer trimestre 2024)	% de Cumplimiento de las Actividades de Gestión programadas	Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación	85%	80%	94%	El resultado es el del 1° Trimestre de 2024

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	2° Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
24	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	UOC con el apoyo del Consejo Estratégico de Gestión	AR	AR	AR	Se reprograma la Evaluación para el 3° trimestre
25	Evaluar el funcionamiento de los Comités de Apoyo a la Gestión Institucional	% de Cumplimiento de los Planes Operativos	Unidad Organizativa de Calidad	85%	64%	75%	
26	Monitoreo y Evaluación de los Resultados del PERC (De las evaluaciones la primera será de los resultados del 2023 y la 2° Evaluación del resultado 2024)	% de Instrumentos de recolección de información ingresos mensualmente Sistema	Recursos Humanos, Estadística, División Administrativa, Unidad Financiera y Planificación	100%	57%	57%	Se tiene atraso, debido al proceso de cambio de Sistemas de Registro de Información
		N° de Evaluaciones	C.E.G. con el apoyo de la Comisión de Costos institucional	100%	100%	100%	Se realizó la evaluación del Año 2023 y se realizó le Informe
27	Actualizar y cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	Documento 2024 actualizado y aprobado	Equipo de Supervisión y Dirección	NP	NP	NP	
		% de Cumplimiento del Plan 2024	Equipo de Supervisión	100%	0%	0%	
		Documento 2025 actualizado y aprobado	Equipo de Supervisión	NP	NP	NP	
<b>Objetivo: Fortalecer el desarrollo de la gestión del Recurso Humano.</b>							
28	Elaboración y monitoreo del Plan de Capacitación Institucional	Documento 2024 aprobado	Departamento de Capacitación y Dirección	NP	NP	NP	
		% de Cumplimiento de Plan 2024	Departamento de Capacitación	100%	63%	63%	El cumplimiento del Plan en base a lo programado es del 63%, pero si se suman los

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	2° Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
		% de Capacitaciones realizadas a demanda adicionales del Plan de Capacitación	Departamento de Capacitación	19%	19%	100%	eventos realizados a demanda e importantes para la gestión, el resultado obtenido es del 82% de eventos de Capacitación realizados
		Documento 2025 aprobado	Departamento de Capacitación y Dirección	NP	NP	NP	
29	Implementar el Proceso de Mecanización y Actualización del Expediente Laboral	% de dependencias capacitadas en el uso del Sistema	Departamento de RRHH con el apoyo de la Dirección	AR	AR	AR	Se reprograma la evaluación para el 4° Trimestre. Aún se está trabajando en la mecanización
		Informe de Resultados de la Implementación y funcionamiento del Sistema	Departamento de Recursos Humanos	NP	NP	NP	
<b>Objetivo: Fomentar el cuidado y protección del medio ambiente y la Seguridad y Salud Ambiental</b>							
30	Realizar la vigilancia, monitoreo y control del manejo de los desechos bio-infecciosos y comunes. Plan de Reciclaje y la Calidad del Agua	Informe Mensual de Resultados de la Vigilancia de Desechos Bio-infecciosos	Inspector de Saneamiento	100%	100%	100%	De acuerdo al Informe de monitoreo de desecho bio-infecciosos se realizaron 15 capacitaciones, 9 Inspecciones y 3 Supervisiones
		Informe Mensual de Monitoreo del Plan de Reciclaje	Inspector de Saneamiento	100%	100%	100%	De acuerdo al informes de vigilancia y monitoreo del Plan de Reciclaje se realizaron 10 capacitaciones y se reciclaron 3.5 barriles de aceite.

N°	Objetivos / actividades	Indicadores	Responsable	2° Trimestre			
				Prog	Real	%	Observación
		Informe de Monitoreo de la Calidad del Agua	Inspector de Saneamiento	100%	100%	100%	De acuerdo al Informe se realizaron 212 lecturas de cloro y 6 muestras bacteriológicas de agua y el 100% de cumplimiento del estándar de la calidad del agua
31	Monitoreo y Evaluación de la Seguridad Ocupacional	Informe de Resultados	UOC a través del Comité de Seguridad	100%	100%	100%	
32	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Resultado del Simulacro realizado	UOC a través del Comité de Emergencia	NP	NP	NP	
<b>Resultados Promedio de las Actividades de Gestión = 75%</b>							

Nota: Para efectos de calificación promedio:

1/ Se ha considerado el cumplimiento máximo del 100% en cada una de las actividades.

2/ Se han excluido en la calificación promedio obtenida aquellas actividades que se han reprogramado (AR)

3/ No se incluyen las actividades no programadas en el período (NP)

## COMPROMISOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS NO ALCANZADOS Plan Anual Operativo 2024

**Período evaluado: De abril a junio de 2024**

	<b>Resultado esperado</b> (según formulario Programación anual y Seguimiento)	<b>Actividades Incluidas en el Resultado Esperado</b>	<b>Resultado Promedio de las Actividades</b>	<b>Factor o situación que impidió la realización de la meta</b>	<b>Medidas a adoptar</b>	<b>Antes de (qué fecha)</b>	<b>Responsable</b>
1	Mejorar la Coordinación y funcionamiento del Hospital para contribuir a la reducción de la Morbimortalidad prematura infantil con el apoyo reciproco de la RISS	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	88%	Una de las actividades incluidas en este resultado, es la realización del Trasplante renal, y no se pudo cumplir debido a limitaciones en el ISSS para poder realizar las pruebas de histocompatibilidad.	Se retomará la programación esperando realizar un Trasplante por Trimestre	Septiembre de 2024	Departamento de Nefrología con el apoyo de Dirección por Convenio ISSS y Jefes de División Médica y Quirúrgica
2	Mantener la Capacidad de Respuesta ante las necesidades requeridas por el Sistema de Salud	11,12,13,14	63%	Una de las actividades programadas no se cumplió y es la reducción del Tiempo de Espera para ingreso Hospitalario, el cual no ha sido posible por la crisis generando por la atención de Dengue y las limitaciones de Camas en los Servicios	Se retomará el monitoreo del Proceso de atención de atención	Agosto	Emergencia con el apoyo de Jefaturas de Servicios de Hospitalización
3	Impulsar el fomento y desarrollo de la Gestión de Calidad Institucional con enfoque en procesos	15,18,19,24,25,27	39%	De las actividades incluidas en este resultado, las relacionadas con la Oportunidad de Generación de Información Estadística, funcionamiento de la Sala Situacional y el Plan de Supervisión, afectaron el cumplimiento esperado	Se seguirá realizando el monitoreo a fin de mejorar los resultados esperados	Agosto	UEEIS, Jefes de División y Dirección

	<b>Resultado esperado</b> (según formulario Programación anual y Seguimiento)	<b>Actividades Incluidas en el Resultado Esperado</b>	<b>Resultado Promedio de las Actividades</b>	<b>Factor o situación que impidió la realización de la meta</b>	<b>Medidas a adoptar</b>	<b>Antes de (qué fecha)</b>	<b>Responsable</b>
4	Fomentar el Cuido y Protección del medio ambiente realizando acciones que permitan el manejo adecuado de los desechos sólidos comunes y bio-infecciosos así como la prevención y mitigación de riesgos institucionales	30,31	100%				
5	Actualizar y Divulgar documentos normativos y de funcionamiento institucional	16,20,21,22,23,26	90%				
6	Desarrollar la Gestión de Recursos Humanos potenciando su capacidad y fomentar el desarrollo de la carrera sanitaria	28,29	82%				
7	Lograr que al menos el 50% de las dependencias del Hospital cuenten y aprovechen las herramientas informáticas oficialmente aprobadas	17	NP				
8	Implementar el Plan de Emergencia Institucional que de respuesta ante situaciones de emergencia sanitarias, pandemias y desastres	32	NP				
<b>Promedio de Resultados Esperados</b>						<b>77%</b>	
<b>Promedio de Resultados de Actividades Programadas</b>						<b>75%</b>	



## CONSIDERACIONES DEL ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De abril a junio de 2024

1. Que para lograr el compromiso en la consecución de los objetivos y resultados esperados, el proceso de Planificación, programación y Evaluación institucional, debe realizarse de manera participativa y con los apoyos y coordinaciones necesarias para su cumplimiento oportuno.
2. La evaluación del Plan Anual operativo debe realizarse periódicamente, para lo cual es indispensable que los involucrados en el proceso realicen el seguimiento de lo programado y cumplan oportunamente con las fechas de entrega de la información o evidencia que permita evaluar el cumplimiento de las actividades bajo su responsabilidad.
3. Que el resultado de la evaluación y el análisis de los mismos es un compromiso de todos a fin de proporcionar a las autoridades los insumos de información necesarios para el establecimiento de planes y acciones de mejorar y para el fortalecimiento del proceso de toma de decisiones.
4. Que el Hospital sigue realizando esfuerzos para dar cobertura y atención de calidad conforme a la oferta de servicios, sin embargo, es necesario fortalecer las áreas de atención de mayor demanda con recursos calificados y especializados.
5. Que de las actividades de gestión programadas en el POAI-2024 a realizarse en el período de abril a junio, por diversas situaciones nueve no se cumplieron y de las cuales seis se han tenido que reprogramar, por lo que el resultado promedio obtenido de la evaluación es del **75%** en las actividades de gestión y el **77%** de los Resultados Esperados.
6. Que en relación al cumplimiento de Metas de Producción, se realizó la evaluación y revisión de resultados, encontrando diferencias en los registros, por lo que considerando que el Hospital aún está en proceso de Implementación de SIS, no se calificarán las actividades relacionadas con el cumplimiento de Metas de Producción.
7. Que la Evaluación del segundo trimestre del POAI 2024, no se ha podido realizar con la oportunidad esperada, entre otras razones por falta de recurso humano en áreas de generación y procesamiento y análisis de datos; así como por cambios en los sistemas de información y las actividades emergentes suscitadas por el brote de Dengue y otros factores relacionados con la demanda de la RIIS para el Hospital.
8. Que los obstáculos encontrados al evaluar el cumplimiento del Plan, se consideren como oportunidades para mejorar la gestión y los procesos.
9. Las dependencias responsables de las actividades programadas que no se hayan cumplido con respecto a lo esperado, deberán efectuar la revisión de los resultados y realizar o establecer acciones de mejora o reajuste de las metas, así como el

seguimiento oportuno que garantice la mejora continua de la gestión y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

- 10.** Se deberá procurar reforzar los procesos de supervisión, monitoreo y seguimiento en las diferentes disciplinas, a fin de mejorar la calidad de atención, así como el registro adecuado de las atenciones, para la oportuna identificación de factores de riesgo para la intervención en pro de la seguridad del paciente y el logro de los objetivos institucionales.