

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL

Esta permitida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio o 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 sugiera que usted o su usos tienen apoyo de la licencia.

La doc
de Tra

INFORME DE EVALUACION

Portal

2024

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez

Director del HNNBB

Elaborado por: Equipo Técnico Unidad de Planificación

21 de febrero de 2025

Autoridades

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director

Dr. Werner Heriberto Rosales López
Sub Director

Dra. Gladis Jakelin Alas de Alvarenga
Jefa de División Quirúrgica

Dr. David Ernesto Castillo Bustamante
Jefe de División Médica

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

Licda. Cándida Arely Montano
Jefa de División Administrativa

Licda. Claudia F. Carpio
Jefa de División de Enfermería

PRESENTACIÓN

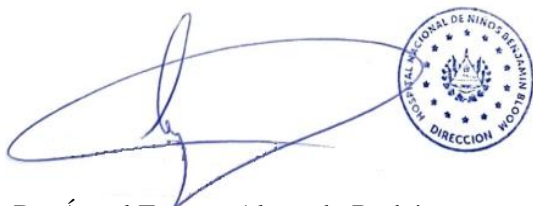
La Dirección del Hospital de Niños Benjamín Bloom, fiel al compromiso con la transparencia y de cara al personal y a la población en general, presenta el informe Final de Monitoreo y Evaluación de la Planificación Institucional correspondiente al año 2024.

El objetivo principal del monitoreo realizado a la ejecución del Plan Anual Operativo Institucional 2024 (PAOI), es el de verificar y medir el cumplimiento de las metas propuestas, determinando el alcance de efectividad logrado, con la finalidad de definir acciones para alcanzar las metas institucionales establecidas para este año, y las cuales han estado en concordancia con lo establecido en las leyes Crecer Juntos y Nacer con Cariño, que buscan en conjunto garantizar que la niñez salvadoreña alcance su máximo potencial de desarrollo durante la primera infancia, así como proteger los derechos de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio, y garantizar los derechos de las niñas y niños desde su gestación, nacimiento y etapa de recién nacido, a través de la óptima atención que todo el Sistema Nacional Integrado de Salud debe brindarles.

El presente informe comprende la calificación de los resultados de la Programación de Actividades del PAOI 2024, consideradas como factibles de evaluar, tomando en cuenta los factores internos y externos que afectan su desarrollo, pero respetando que estén en concordancia con los Planes Estratégicos, los lineamientos ministeriales, el Plan del Ministerio de Salud y considerando las instrucciones emitidas.

Es importante destacar que el resultado obtenido en el cumplimiento de la programación de actividades y las Metas de Producción es el esfuerzo del Hospital para dar respuesta al proceso de seguimiento de la gestión operativa, a fin 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, 21 de febrero de 2025



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 Anual Operativo Institucional (PAOI); 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 realiza un proceso de evaluación y seguimiento mensual según corresponda, y elabora informes periódicos de avances y el informe final que es el anual. El proceso de monitoreo y evaluación, ha sido institucionalizado en el Hospital y es realizado en principio por los miembros del Consejo Estratégico de Gestión, en reuniones propias de dicho Consejo o por aprovechamiento de los tiempos laborales en reuniones ya sea de Sala Situacional o de Entrega de Turnos, verificando el cumplimiento de las actividades, y en caso de haberse logrado, definir las acciones que permitan dar respuesta a lo planificado. Es importante recalcar que el resultado obtenido y presentado en este informe es producto de un proceso de trabajo realizado con 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 y que hace posible el proceso de evaluación y calificación del resultado en el período evaluado.

Cabe mencionar que, debido a situaciones de funcionamiento del Hospital, uno de los aspectos que afecta el proceso de Evaluación del Plan Anual Operativo es especialmente la oportunidad y calidad en la entrega de la información, sin embargo, es importante valorar el esfuerzo y participación de todos los involucrados, que hace posible la presentación de este informe y sobre todo la calificación obtenida.

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 Institucional 2024, se ha considerado lo siguiente:

- Que para la evaluación del Plan 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 esperados se analiza considerando 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.
- 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

**PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL
RESULTADOS DE LA EVALUACION 2024**

	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.	Dic.	% Cumplimiento
	Objetivo: Contribuir a la disminución de la mortalidad infantil, mejorando el desempeño hospitalario															79%
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	80%	77%	93%	100%	79%	82%	57%	75%	93%	73%	77%	71%	0%	91%
2	Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	80%	73%	83%	77%	83%	89.54%	87%	81%	85%	87%	87.07%	88%	87.62%	105%
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	3	NP	NP	NP	NP	NP	1	NP	NP	1	NP	NP	0	67%
4	Continuar con el Programa Trasplante Renal	N° de Trasplantes realizados	4	1	NP	NP	NP	NP	0	NP	NP	1	NP	1	NP	75%
5	Lograr el cumplimiento de Metas de producción de las especialidades de Consulta Externa 1/	% de cumplimiento de la Meta	100%	102%	74%	63%	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
6	Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización	% de cumplimiento de la Meta	100%	94%	100%	99%	99%	114%	120%	133%	116%	111%	114%	107%	97%	109%

	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.	Dic.	% Cumplimiento
7	Realizar el monitoreo del abastecimiento de Medicamentos	% de Abastecimiento	95%	94%	93%	93%	93%	93%	94%	91%	93%	92%	90%	89%	90%	97%
8	Monitoreo del Plan de Optimización del uso de antibióticos	% de Cumplimiento de los Indicadores del Plan	80%	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	0%	0%	0%	0%
9	Monitoreo y Evaluación del resultado de los Indicadores de Gestión Hospitalaria	Informes de Resultados	12	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	92%
		Informe planes o acciones de Mejora	2	NP	NP	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP	NP	1	NP	50%
10	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	Informes de Resultados	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
		Informe de Análisis y planes o acciones de Mejora	4	NP	NP	1	NP	NP	1	NP	NP	1	NP	NP	1	100%
	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.															75%
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)	30%	0%	0%	0%	0%	0%	47%	16%	40%	39%	49%	37%	36%	136%
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	60	28	26	24	21	27	31	22	26	24	ND	ND	ND	100%
13	Mejorar el Tiempo de Espera para el Ingreso Hospitalario	Tiempo Promedio de Espera menor o igual 5 horas	5	6.25	6.06	6.08	7.08	7.15	6.46	7.09	7.2	7.08	7.12	6.15	6.26	0%

	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.	Dic.	% Cumplimiento
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	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	118%
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.																65%
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	2	NP	NP	NP	AR	AR	AR	AR	AR	AR	0	0	0	0%
16	Actualización de los Manuales de Organización	% de Dependencias con Manuales de Organización Actualizado	80%	NP	NP	NP	NP	NP	93%	NP	NP	NP	NP	NP	NP	116%
17	Fomentar el aprovechamiento y uso de las TIC	N° de Sistemas y/o módulos Elaborados	3	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	3.00	100%
		% de Dependencia en SIS	100%	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	100%	100%
18	Monitoreo del Proceso de Generación Oportuna de información estadística en los Sistemas Oficiales	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	100%	28%	24%	34%	33.51%	36.84%	25.16%	43%	38%	49%	0%	0%	0%	26%
Objetivo: Fortalecer el proceso de mejora Continua de la gestión administrativa y de la Calidad																87%

	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.	Dic.	% Cumplimiento
19	Evaluar el funcionamiento de la Sala Situacional	Documento de Programación 2024 aprobada	1	1	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	100%
		% de cumplimiento de la Programación	100%	NP	100%	100%	0%	200%	0%	100%	100%	0%	100%	0%	100%	73%
		% de cumplimiento de acuerdos establecidos en las Sala Situacional	100%	NHA	88%	78%	NHA	100%	NHA	67%	100%	NHA	NHA	NHA	NHA	87%
		Documento de Programación 2024 aprobada	1	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	1	100%
20	Realizar la Valoración de Riesgo Institucional 2025	Documento Aprobado y divulgado	1	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	1.00	NP	NP	NP	100%
21	Monitoreo y Evaluación de la Gestión de Riesgo Institucional (Según programación de auditorías de la Unidad de Auditoría Interna	Informe de actividades de Control realizadas	2	NP	NP	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP	NP	NP	1	100%
22	Formulación del POAI 2025	Documento de Planificación y Calendarización del Proceso de Elaboración	1	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP	NP	100%
		Plan Anual Operativo Institucional Aprobado y Divulgado	1	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	1	NP	100%
23	Monitoreo y Evaluación del POAI (último trimestre 2023 y del uno al tercer trimestre 2024)	% de Cumplimiento de las Actividades de Gestión programadas	85%	NP	NP	73%	NP	80%	NP	NP	75%	NP	NP	NP	86%	92%
24	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	55%	NP	NP	NP	AE	AE	AE	AE	AE	AE	AE	AE	AE	AE

	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.	Dic.	% Cumplimiento
25	Evaluar el funcionamiento de los Comités de Apoyo a la Gestión Institucional	% de Cumplimiento de los Planes Operativos	85%	NP	NP	60%	NP	NP	64%	NP	NP	71%	NP	NP	68%	77%
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	100%	100%	100%	100%	57%	57%	57%	100%	100%	57%	100%	100%	71%	83%
		N° de Evaluaciones	2	NP	NP	NP	NP	NP	1	NP	NP	NP	NP	NP	1	100%
27	Actualizar y cumplir con el Plan de Supervisión Institucional	Documento 2024 actualizado y aprobado	1	AR	AR	1	NP	NP	NP	NP	NP	0%	0%	0%	NP	100%
		% de Cumplimiento del Plan 2025	100%	AR	AR	AR	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Documento 2025 actualizado y aprobado	1	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	1	100%
	Objetivo: Fortalecer el desarrollo de la gestión del Recurso Humano.															79%
28	Elaboración y monitoreo del Plan de Capacitación Institucional	Documento 2024 aprobado	1	1	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	100%
		% de Cumplimiento de Plan 2024	100%	57%	64%	88%	68%	90%	30%	58%	83%	38%	100%	100%	100%	73%
		% de Capacitaciones realizadas a demanda adicionales del Plan de Capacitación	100%	30%	103%	42%	23%	24%	10%	139%	44%	77%	9%	50%	13%	100%
		Documento 2025 aprobado	1	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	1	NP	100%

	Objetivos / actividades	Indicadores	Meta Anual	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.	Dic.	% Cumplimiento
29	Implementar el Proceso de Mecanización y Actualización del Expediente Laboral	% de dependencias capacitadas en el uso del Sistema	100%	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	0%	0%
		Informe de Resultados de la Implementación y funcionamiento del Sistema	1	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	1	100%
	Objetivo: Fomentar el cuido y protección del medio ambiente y la Seguridad y Salud Ambiental															100%
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 Bioinfecciosos	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
		Informe Mensual de Monitoreo del Plan de Reciclaje	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
		Informe de Monitoreo de la Calidad del Agua	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
31	Monitoreo y Evaluación de la Seguridad Ocupacional	Informe de Resultados	4	NP	NP	0	NP	NP	1	NP	NP	1	NP	NP	1	100%
32	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Resultado del Simulacro realizado	2	NP	NP	1	NP	NP	NP	NP	NP	NP	1	1	100%	100%
Porcentaje Promedio de Cumplimiento de Objetivos															81%	
Porcentaje promedio de Cumplimiento de Actividades															81%	
Porcentaje Promedio del Cumplimiento de los Resultados Esperados															88%	

1/ La actividad señala no fue evaluada del 2° al 4° trimestre, esto porque la Consulta Externa inició el proceso de implementación del SIS en febrero, lo que significó dejar de usar el sistema propio, y por ende, dejar sin efecto el proceso de migración de datos al SIMMOW y debido a la falta de personal de Estadística para la digitación en dicho sistema, no fue posible contar con la información en el SPME, lo que implicó que no se pudiera realizar la evaluación del cumplimiento de Metas.

Aclaración:

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

2-Significado de Sigla: NP = No programado, NE = No Evaluado, AR = Actividad reprogramada, NHA= No hay acuerdos, AE= Actividad eliminada.

COMPROMISOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS NO ALCANZADOS

Plan Anual Operativo 2024

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Actividades Incluidas en el Resultado Esperado	Resultado Promedio de las Actividades	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
1	Mejorar la Coordinación y funcionamiento del Hospital para contribuir a la reducción de la Morbimortalidad prematura infantil con el apoyo recíproco de la RIISS	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	75%	Dos actividades incluidas en este resultado, no se cumplieron como se esperaba, afectó la disminución de personal en las áreas responsables del seguimiento	Reorganización de funciones	2025	Divisiones en coordinación con Dirección
2	Mantener la Capacidad de Respuesta ante las necesidades requeridas por el Sistema de Salud	11,12,13,14	89%	Una de las actividades que el Tiempo de Espera para el ingreso Hospitalario no se cumplió con la meta establecida, por la alta demanda de atención y la falta de camas en ciertos periodos del año	Monitoreo y Supervisión de los procesos de atención	2025	Jefaturas
3	Impulsar el fomento y desarrollo de la Gestión de Calidad Institucional con enfoque en procesos	15,18,19,24,25,27	65%	Saturación de tareas y demanda de trabajo emergencia en áreas responsables de estas actividades	Revisión y reordenamiento de personal y funciones	2025	UOC en coordinación con Jefaturas y RRHH
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	97%				
6	Desarrollar la Gestión de Recursos Humanos potenciando su capacidad y fomentar el desarrollo de la carrera sanitaria	28,29	79%	Una de las actividades que es la implementación del SRH, no se realizó porque se amplió el requerimiento	Se reajustará el Cronograma de trabajo y se dará seguimiento	2025	RRHH

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Actividades Incluidas en el Resultado Esperado	Resultado Promedio de las Actividades	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
7	Lograr que al menos el 50% de las dependencias del Hospital cuenten y aprovechen las herramientas informáticas oficialmente aprobadas	17	100%				
8	Implementar el Plan de Emergencia Institucional que, de respuesta ante situaciones de emergencia sanitarias, pandemias y desastres	32	100%				
Promedio de Resultados Esperados			88%				
Promedio de Resultados de Objetivos			81%				
Promedio de Resultados de Actividades Programadas			81%				

RESULTADOS DE LA PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS 2024

El monitoreo del cumplimiento de Metas, debido a los cambios de sistema para el registro de información y las limitaciones de recurso humano, se ha visto afectado, especialmente en la oportunidad, pero también en los resultados, debido a que aún está en proceso los reportes de salida que permiten el seguimiento y comparación de los resultados. Sin embargo, con la información disponible se ha realizado el seguimiento, obteniendo los resultados que se detallan:

1. **Emergencia:** la producción de Emergencia en base a los registros del SIS, muestra un que el total de atenciones fue de 34,284 atenciones, que incluye todas las atenciones que se brindan en la Emergencia incluyendo el triage. Por lo que este resultado en relación a la meta establecida muestra un cumplimiento del 150%, ya que la meta se definió en base a los pacientes atendidos en Emergencia.
2. **Consulta Externa:** El cumplimiento de Metas no se ha podido evaluar mensualmente como corresponde, porque en febrero de 2024 se inició paulatinamente el proceso de implementación SIS, y dado las limitantes de recursos humano, no se ha ingresado al SIMMOW la información de los Registros diarios de consulta. Sin embargo, al interior del Hospital se han realizado mediciones y considerando que las consultas registradas en el SIS, como las del SIMMOW a octubre muestran un total de 165, 575, y la Meta definida fue de 171786, significa el cumplimiento ha sido del 96%.
3. **Hospitalización:** El resultado muestra un cumplimiento de 109%. En los servicios de Medicina un porcentaje de cumplimiento del 138%, y en las especialidades quirúrgicas del 94% y en Servicios por Convenio-BM el 60%.
4. **Servicios Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación:** Con respecto al cumplimiento de Metas de estos servicios, así como los de apoyo, la revisión del cumplimiento de la Metas está supeditada a la demanda de los Servicios finales, por lo que su evaluación y análisis se realiza en función del índice de uso de los mismos.

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 realicen lo programado y cumplan oportunamente con las fechas de entrega de la información o evidencia del cumplimiento de las actividades bajo su responsabilidad.
3. Que existen variables internas y externas que afectan la oportunidad para la realización del Proceso de Formulación, Monitoreo y Evaluación del PAOI.
4. El Hospital sigue realizando esfuerzos para dar cobertura y atención de calidad conforme a la oferta de servicios, sin embargo, existen factores externos sensibles y visibles que afectan el proceso, como las ausencias de pacientes de algunas especialidades de consulta externa, el incremento en las emergencias y ausencias de personal.
5. Que el resultado obtenido en el cumplimiento de la PAOI de 2024 ha sido satisfactorio, pues se obtuvo un promedio mensual del 81% en las actividades de gestión, lo que ha permitido un cumplimiento del 81% de los objetivos planteados y un 88% de los resultados esperado.
6. Que el seguimiento de las actividades programadas del PAOI 2024, no se ha podido realizar con la oportunidad esperada, entre otras razones porque se debe dar prioridad a la atención y demanda de actividades asistenciales, así como a las emergentes suscitadas por el funcionamiento normal del Hospital, así como por la demanda de los tratamientos de los pacientes o por requerimientos ministeriales.

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 deberán realizar esfuerzos para que la generación de información sea oportuna, de tal manera que sea de utilidad para la realización del monitoreo y evaluación de la gestión institucional, y fortalecer el proceso de toma de decisiones y de generación de información oficial y especialmente para la mejora continua del proceso de toma de decisiones institucional.
3. Que las dependencias responsables de las actividades programadas continúen realizando la revisión y análisis de los resultados obtenidos, para poder establecer las medidas de control que contribuyan al logro y cumplimiento de lo programado, así como los ajustes para establecer mejor las metas y la realización de 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.
4. Procurar que toda la información estratégica sea revisada y discutida en las reuniones de Consejo Estratégico, Sala Situacional y/o Reuniones de seguimiento y que los acuerdos no discrecionales sean transmitidos por las Jefaturas correspondientes a sus colaboradores, a fin de generar una cultura de involucramiento y compromiso en el logro de metas y objetivos y además porque es importante que todos los trabajadores conozcan los planes de mejora y los logros alcanzados.
5. Reforzar los procesos de supervisión, monitoreo y seguimiento en las diferentes disciplinas, a fin de mejorar la calidad de atención y la identificación oportuna de factores de riesgo para la intervención en pro de la seguridad del paciente y el logro de los objetivos institucionales.