

**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
DIRECCION**



**INFORME DE EVALUACIÓN
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL
DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2015**



Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldan

30 de Noviembre de 2015

INTRODUCCION

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, a efecto de realizar la evaluación de la gestión institucional, realiza cada año el Plan Anual Operativo Institucional (PAOI), conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud (MINSAL), y en el cual se establecen los objetivos estratégicos, los resultados esperados y las acciones a cumplir. A efecto de realizar el seguimiento a dicho Plan, cada trimestre se realiza su evaluación, por lo que en el presente informe se detallan los resultados obtenidos de la Evaluación del Plan Anual Operativo Institucional, del tercer trimestre del 2015

Es importante destacar que el producto obtenido es gracias al esfuerzo del Consejo Estratégico de Gestión y los responsables de las actividades programadas, quienes con esfuerzo y dedicación han realizado el proceso de evaluación y construido la evidencia que permite verificar el cumplimiento de lo planificado.

En el proceso de monitoreo, previo a los resultados de evaluación y aprobación del informe, se realizó en reunión del Consejo Estratégico de Gestión del Hospital, el proceso de evaluación, en donde se definió, tomando en cuenta la característica de flexibilidad del Plan; calificar, anular, incorporar y/o reprogramar las algunas actividades del Plan. Asimismo, se realizó la verificación de la evidencia que garantiza el cumplimiento de las acciones, al mismo tiempo que se evalúa la necesidad de las reprogramaciones pertinentes.

Es importante destacar que la calificación de las actividades programadas, refleja en alguna medida el avance de la gestión, el cual se puede verificar por el porcentaje de cumplimiento de las actividades y los resultados esperados.

También el presente documento comprende los compromisos de gestión que permitan el cumplimiento óptimo de la programación 2015, y así poder determinar al finalizar el año el grado de avance de la gestión y el logro de los objetivos propuestos.

RESUMEN

En el informe se detalla la Programación de Actividades del 2015, la cual está en concordancia con el Plan del Ministerio de Salud, y la evaluación de las actividades programadas y realizadas en el período comprendido de julio a septiembre del presente año.

En el informe se evidencia que a pesar de las limitaciones y obstáculos que se encuentran en desarrollo de la gestión, el Hospital realiza su mayor esfuerzo, para cumplir con los programas 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.

OBJETIVOS DEL INFORME

1. Objetivo General

Presentar 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 Operativos.

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 evaluación y elaboración del informe.
- c. Establecer la evidencia documental que permita contar con insumos para mejorar el proceso de gestión institucional.

**Plan Anual Operativo Institucional 2015
Evaluación de Julio a Septiembre de 2015**

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	3°. Trimestre					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
1	Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil									
1.1.	Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional									
1.1.1	Elaborar e implementar el Plan Institucional para la reducción de la mortalidad Infantil	Documento Elaborado y Divulgado	1	Plan oficializado y Lista de asistencia de los participantes en la socialización del Plan y Envío Electrónico del Plan	La Dirección a través del del Equipo asignado	0	0	0%	Esta actividad se anuló en el segundo trimestre 2015	
1.1.2	Monitoreo de la Mortalidad en menores de 5 años de en los Servicios de Hospitalización de las Enfermedades de vigilancia del MINSAL (Diarrea, Neumonías. Inmaduridad y Asfixia del Nacimiento)	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	80%	Informes de Auditoria de Mortalidad	Jefe de Servicios de Hospitalización en coordinación con el apoyo del Comité de Mortalidad	80%	47%	59%	Se está realizando auditoría de pacientes de otras edades y patología	El Informe mensual de muertes en menores de 5 años de Enfermedades de Vigilancia en UEEIS y el Informe de Mortalidad en las Divisiones Médica y Quirúrgica y en la UOC

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	3°. Trimestre				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
1.1.3	Socializar los planes de contingencia para la reducción de la morbi-mortalidad en los períodos vacacionales	N° de planes de Contingencia Socializados	3	Plan Contingencial y Lista de asistencia de participantes en la socialización y/o envió Electrónico del Plan	Jefes de Divisiones	1	1	100%		
1.1.4	Aumentar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos	% de adherencia de lavado de manos	65	Registros del Comité de IASS	Jefes de Servicio con el apoyo del Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria	65	57	88%		Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria
1.1.5	Elaborar conforme a lineamientos del MINSAL la propuesta del HNNBB para la atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia y Cáncer)	Propuesta elaborada	1	Documento elaborado	Divisiones Médica y División de Enfermería	0	0	0%	Esta actividad fue reprogramada en el 2° trimestre para el 4°.	

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	3°. Trimestre					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
1.1.6	Seguimiento y Evaluación del Plan de Supervisión Institucional	N° de Informes	2	Registros del Equipo de Supervisión designado por la Dirección	La Dirección a través del Equipo asignado	1	1	100%	De acuerdo a lo expresado en la reunión de evaluación se realizó conforme la primera supervisión en el Servicio de Emergencia	Dirección del HNNBB
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						87%				
2	Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario									
2.1	Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional									
2.1.1	Lograr que las especialidades de Consulta Externa proporcionen la consulta de acuerdo a lo programado	% de cumplimiento de la Meta	85%	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Departamentos de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Jefes de Especialidades	85%	80%	94%		Deptos. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica
2.1.2	Lograr el cumplimiento de los servicios de Hospitalización conforme a la meta de producción programada	% de cumplimiento de la Meta	85%	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Servicios de Hospitalización	85%	93%	109%		Jefes de Departamento y Divisiones médica y quirúrgica

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	3°. Trimestre				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
2.1.3	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta Especializada	Tiempo de Espera en Días	60	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefes de Deptos. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica	60	54	111%		Deptos. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Unidad de Planificación
2.1.4	Reducir los Tiempos de Espera para la Cirugía Electiva	Tiempo de Espera en Días	10%	Informe de Tiempo de Espera	Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Consulta Externa Quirúrgica y Jefes de Especialidades	10%	37%	370%		Departamento Consulta Externa Quirúrgica y Unidad de Planificación
2.1.5	Monitorear los resultados del proceso de Referencia y Retorno	N° de Informes Presentados	4	Informes de resultados	Comité de Referencia y Retorno	1	1	100%		Comité de Referencia y Retorno y UOC
2.1.6	Analizar los resultados del Monitoreo del Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa	Nº Informes Presentados	4	Informe del Sistema de Lesiones de Causa Externa	Unidad de EEIS - Vigilancia Epidemiología con apoyo de División Quirúrgica	1	1	100%		Unidad de EEIS
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						147%				
2.2	Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios									

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	3°. Trimestre				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
2.2.1	Analizar el uso de los Servicios Diagnósticos , Tratamiento y Apoyo en los servicios finales (hospitalización, emergencia y especialidades de consulta Externa) de mayor demanda)	N° de Informes Presentados	4	Informes Estadísticos de Producción de los servicios de apoyo complementario, relacionados con los Egresos por servicio y Consulta por Especialidad	Jefe de División de Diagnóstico con el apoyo de la Unidad de EEIS y la Unidad de Planificación	1	1	100%		División de Diagnóstico
2.2.2	Analizar el uso y/ o demanda de los Servicios de Apoyo administrativo por el resto de servicios del Hospital	N° de Informes Presentados	4	Informes Estadísticos de Producción de los servicios de apoyo complementario, relacionados con los Egresos por servicio y Consulta por Especialidad	Jefe de División Administrativa con el apoyo de la Unidad de EEIS y la Unidad de Planificación	1	0	0%		División Administrativa
2.2.3	Diseño del proyecto de Unidosis	Proyecto presentado	1	Proyecto formulado	Jefes de: División de Diagnóstico, Departamento de Gestión de Suministros de Tecnología Médica y	1	0	0%		

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	3°. Trimestre				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
					Farmacia					
2.2.4	Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Insumos y Medicamentos	N° de Informes de Gestión	4	Informe Presentado	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de Farmacoterapia y Farmacia	1	0	0%		Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						25%				
3	Objetivo: Elaborar y/o actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos									
3.1	Resultado: Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales									
3.1.1	Aprobar y oficializar los Manuales de Organización Específicos de las Dependencias del Hospital	% de Manuales Específicos de Organización aprobados y oficializados	100%	Manual de Organización Específico de cada dependencia	Dirección con el apoyo de la Unidad de Planificación	40%	43%	108%	En este trimestre se reprograma el cumplimiento hasta el 4° trimestre, por lo que la meta se ajusta en un 40% para el tercer trimestre y 20% para el cuarto trimestre.	En cada dependencia del Hospital

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	3°. Trimestre				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
3.1.2	Elaboración y/o actualización de los Manuales de Procesos de las Dependencias del Hospital	% de Manuales de Procesos Elaborados	50%	Manuales de Procesos de las Dependencias	Cada Dependencia con el apoyo y/o asesoría de la Unidad de Planificación	20%	0%	0%	Se elimina esta actividad, debido a que en la carga laboral de algunos servicios médicos no se consideró el tiempo administrativo para la realización de esta actividad. Actualmente solo se avanzó en el establecimiento del inventario de procesos.	
3.1.3	Normalizar la atención a través de Guías Clínicas de atención en las especialidades médicas y quirúrgicas, con énfasis en las Enfermedades Crónicas no transmisibles	N° de Guías Clínicas Elaboradas	10	Guías Clínicas Elaboradas	Jefes de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica	6	0	0%	Su evaluación fue reprogramada en el 2° Trimestres y se reprograma para el 4° Trimestre	
3.1.4	Revisión de la Organización de los Comités del Hospital	Informe de Resultados	1	Actas y/o Ayuda memoria de Reuniones de Trabajo	Unidad Organizativa de la Calidad	0	0	0%		
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						54%				
4	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad									

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	3°. Trimestre					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
4.1	Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad									
4.1.1	Evaluación de la Calidad de Atención de los pacientes	Numero de Informes de Evaluación	3	Informes de Evaluación de la Calidad de Atención Asistencial	Jefe de la UOC apoyado por los Jefes de División Medica, Quirúrgica, Enfermería y Comité de Auditoría del Desempeño Médico	1	0	0%		Unidad Organizativa de la Calidad
4.1.2	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	N° de Informes de Resultados	4	Informes y Presentación	Unidad Organizativa de la Calidad con el Apoyo de la UEES y Divisiones Médica, Quirúrgica y de Enfermería	1	1	100%		Unidad Organizativa de la Calidad
4.1.3	Monitoreo y Evaluación de Proyectos de Mejora Institucional	N° de Informes de Avances y/o Resultados	2	Informes de Avance de o Resultados de Proyectos	UOC y Equipo de Proyectos	1	0	0%		Unidad Organizativa de la Calidad

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	3°. Trimestre				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
4.1.4	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	1	Informe de Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Dirección con el apoyo y coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad	1	1	100%		Unidad Organizativa de la Calidad
4.1.5	Monitoreo y Evaluación del funcionamiento de los Comités para la Mejora institucional	N° de Reuniones de Seguimiento y Cumplimiento de Acuerdos	12	Ayudas Memorias y/o Actas de Reunión	Unidad Organizativa de la Calidad	3	3	100%		Unidad Organizativa de la Calidad
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						60%				
5	Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación y Monitoreo y Evaluación Institucional									
5.1	Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias									
5.1.1	Monitorear y Evaluar el Plan Anual Operativo Institucional	N° de Monitoreos del POA 2015	4	Informes de Respaldo en los Sistemas y Evidencia documental	Dirección en Coordinación de la Unidad de Planificación	1	1	100%		Unidad de Planificación y Dirección

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	3°. Trimestre				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
5.1.2	Controlar el proceso de entrega de elaboración y evaluación de Planes Anuales Operativos Específicos de las dependencias del Hospital	% de Dependencias que cumplieron	100%	Informe de Control de entregas	Jefes de División en coordinación con la Unidad de Planificación	100%	26%	26%		Unidad de Planificación
5.1.3	Seguimiento y Evaluación de Indicadores de Gestión Hospitalaria	N° de Informes de Indicadores	12	Envío y/o entrega de Informes al MINSAL	Unidad de EESIS y la Unidad de Planificación en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	4	4	100%	Los informes presentados son: los mensuales que se envían al MINSAL y el interno realizado por la UESIS	Unidad de EESIS y Unidad de Planificación
		N° de Presentación de Resultados de Indicadores	2	Lista de Participantes de reunión de Presentación de Resultado de Indicadores	Unidad de EESIS y la Unidad de Planificación en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	1	0	0%	Esta actividad se reprogramará para el mes de noviembre, porque se incluye la información del tercer trimestre y esta se obtiene hasta el mes de octubre	Unidad de Planificación
5.1.4	Monitoreo y Evaluación de los Indicadores de la RIISS	N° de Informes	4	Informes y Presentación	Unidad de EESIS en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	1	1	100%		Unidad de EESIS
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						82%				

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	3°. Trimestre					
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION	
6	Objetivo: Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales									
6.1.	Resultado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales									
6.1.1	Presentación de Informe de cumplimiento de Valoración de Riesgos	% de Dependencias con Cumplimiento de Valoración de Riesgo	100%	Informe Consolidado de Cumplimiento	Jefes de División y Departamento en coordinación con la Unidad de Planificación	0	0	0%		
6.1.2	Realización de Simulacro de Emergencia	Informe de Simulacro Realizados	1	Informe del Simulacro	Comité de Emergencia y Desastres	1	1	100%	Se realizó un simulacro en las instalaciones del Hospital Anexo	
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO						100%				
7	Objetivo: Fomentar el Desarrollo del Recurso Humano									
7.1.	Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano									
7.1.1	Elaborar un Plan de Mejora del Recurso Humano	Plan Aprobado	1	Documento Aprobado	Dirección a través del Departamento de Recursos Humanos con el	1	1	100%	El Plan de Mejora fue elaborado en el tercer trimestres y el documento para la primera etapa de desarrollo fue presentado	Departamento de Recursos Humanos

No.	Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	3°. Trimestre				
					Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
				apoyo de la UOC				a la Dirección y la copia al Unidad de Planificación el 16-11-2015	
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO					100%				
8	Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información								
8.1.	Resultado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa								
8.1.1	Implementación del Módulo de Indicaciones Médicas	Módulo Informático Funcionando	1	Respaldo documental del proceso de implementación	Departamento de Informática y Farmacia	1	0	0%	El sistema ya está elaborado, pero por aspectos técnicos no se ha realizado la prueba piloto, la cual se ha programado para el 4° trimestre, y su implementación iniciara en enero del 2016, para fines de control y manejo esta actividad se reajusta como: Elaboración del Módulo de Indicaciones Médicas y su evaluación se realizará en el 4° trimestre
TOTAL DEL RESULTADO ESPERADO					0%				

No.		Indicador	Meta anual	Medio de verificación	Responsables	3°. Trimestre				
						Programado	Realizado	%	OBSERVACIONES	UBICACIÓN DE LA FUENTE DE VERIFICACION
RESULTADOS EVALUACION TERCER TRIMESTRE PAOI								82%		

MINISTERIO DE SALUD
Plan Operativo Anual
Año 2015

Compromisos para el cumplimiento de resultados no alcanzados

Hospital: Nacional de Niños Benjamín Bloom

Período evaluado: Tercer Trimestre 2015

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
1.1.	Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional	Para este resultado se alcanzó el 87% de cumplimiento. No se alcanzó el 100% debido a que actividades evaluadas como es el monitoreo de la mortalidad se está realizando pero no en las enfermedades de vigilancia ni el número requerido. En lo que respecta al adherencia en el lavado de manos, se está trabajando pero no se ha alcanzado lo esperado diversos a factores conductuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Se girara indicaciones a los jefes de división para que se realicen las actividades conforme a lo planificado. • Se realizará el monitoreo. 	Diciembre 2015	Jefe de División Médica y Quirúrgica
2.1.	Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional	Se cumplió con lo programado, alcanzándose un cumplimiento del 147%. Este resultado está arriba de lo esperado porque tres de las			

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
		actividades programadas para este resultado, el cumplimiento fue dos de más del 100% y una más del 300%			
2.2.	Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	Se cumplió con lo programado alcanzando un 25%. Al momento de la evaluación no se contó con los documentos de respaldo para la calificación de una actividad y las otras dos no se cumplieron en el trimestre.	Coordinar con los responsables	Antes de diciembre de 2015	Dirección a través de los Jefes de División de Diagnóstico y División Administrativa
3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	De las actividades programadas en este trimestre, al evaluarlas se realizaron ajuste, anulaciones y reprogramaciones, y el cumplimiento del resultado esperado fue de 54%.	Al evaluar se concluyó que para cumplir con este resultado esperado es necesario contar con el apoyo y compromiso de las jefaturas y planificar el tiempo, a fin de evitar la sobrecarga laboral especialmente en las dependencias de atención	Diciembre de 2015	Dirección en coordinación con el Consejo Estratégico de Gestión

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
			directa a paciente. Se revisara la calendarización		
4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	El resultado de esta actividad es del 60%, Por falta de tiempo y recursos no se ha podido cumplir con dos de las actividades programadas.	Una de las actividades se reprogramará y otra se revisará las condiciones para su realización en el 2016	Antes de diciembre de 2015	Unidad Organizativa de la calidad
5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	Se cumplió con lo programado en un 82%	Se realizará el monitoreo de las actividades, establecimiento retroalimentación con las dependencias a fin de poder contar oportunamente con la información que permita realizar la evaluación	En Noviembre de 2015	Unidad de Planificación
6.1	Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales	La evaluación de este resultado incluyen solo una actividad la cual se cumplió en un 100%			

Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)		Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano	La actividad se cumplió en un 100% trimestre			
8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	Se realizó la evaluación de cumplimiento y se ha avanzado, pero como no está finalizada la actividad, su evaluación se reprograma para el cuarto trimestre	Se solicitará informes de seguimiento	Diciembre de 2015	Departamento de Informática y División de Diagnóstico

CONCLUSIONES

1. Que debido a la carga laboral y factores que impiden el cumplimiento oportuno se hace necesario el reajuste del Plan, el cual implica anular, modificar o reprogramar de algunas actividades-
2. La evaluación de la programación del Plan Anual operativo del tercer trimestre requirió de una minuciosa revisión, que permitió constatar que el resultado final de cumplimiento del tercer trimestre del 2015 es del 82%.
3. Al realizar la revisión y evaluación del tercer trimestre del PAOI se determinó que de las 28 actividades que estaban programadas para este período, se reajustaron y reprogramaron 3 y se anuló una, ya que no es posible realizarla este año como se había programado al inicio, no por falta de gestión, sino porque implica un ordenamiento, especialmente en la carga laboral y la distribución de tiempos especialmente en las áreas de atención directa a los pacientes.
4. De las actividades que su cumplimiento es bajo, se espera poder mejorarlas y aunque ya no se evalúen, se verificará el grado de avance.

RECOMENDACIONES

1. Que los obstáculos encontrados al evaluar el cumplimiento del Plan sean considerados como oportunidades para mejorar el proceso de cumplimiento en el próximo trimestre.
2. Se recomienda que si las dependencias involucradas en lo planificado detectan o definen que es necesario realizar ajustes y reprogramaciones, lo notifiquen anticipadamente a la Unidad de Planificación, a fin de poder cumplir oportunamente con las entregas del Informe de Evaluación de PAOI, tanto para la Dirección como para el Ministerio de Salud.
3. Que cuando no se pueda realizar el cumplimiento de metas se deben establecer acciones o planes de mejora que se estime convenientes.



DR. ALVARO HUGO SALGADO ROLDAN
DIRECTOR