



**Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom**  
**Dirección**

**INFORME DE EVALUACIÓN**  
**SEGUNDO TRIMESTRE**  
**PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2019**

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

**San Salvador, 05 de septiembre de 2019**

## INTRODUCCION

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es un Hospital de Referencia Nacional para la atención pediátrica, que además de cumplir con su función asistencial realiza una gestión administrativa enfocada a dar respuesta a la demanda de los usuarios internos y externos, y cumplir con los requerimientos ministeriales.

Dentro sus actividades administrativas realiza de conformidad con los lineamientos ministeriales, su Plan Operativo Anual, el cual es un proceso que le permite contar con un instrumento guía para evaluar el funcionamiento del Hospital: El Plan Operativo Anual Institucional 2019 (POAI-2019); en él que se establecen los objetivos estratégicos, los resultados esperados y las acciones a cumplir anualmente.

A efectos de verificar los avances de lo programado, en el Hospital se realiza un proceso de evaluación y seguimiento trimestral de dicho Plan, y es por tal razón que se presenta este documento el cual contiene los resultados obtenidos de la Evaluación del Segundo Trimestre del Plan Anual Operativo Institucional 2019.

Cabe destacar que el resultado trimestral obtenido es producto de un proceso de trabajo realizado con todos los involucrados en el desarrollo de la gestión, el cual es dirigido por las autoridades del Hospital a través del Consejo Estratégico de Gestión y coordinado por la Unidad de Planificación, de tal manera que se pueda contar con la evidencia documental de las actividades programadas, la cual es construida por los responsables para hacer posible el proceso de evaluación y calificación de cada una de las actividades programadas.

El proceso de monitoreo y evaluación, ha sido institucionalizado en el Hospital y es realizado en el Consejo Estratégico de Gestión con los responsables directos de las actividades programadas, quienes dan fe del cumplimiento conforme a la evidencia, la cual es verificada por la Unidad de Planificación y resguardada por cada uno de los responsables de las actividades que se programan en el POAI.

## **RESUMEN**

El informe comprende la calificación de los resultados de la Programación de Actividades del segundo trimestre del PAOI 2019, las cuales responden al Plan del Ministerio de Salud.

El informe muestra el esfuerzo del Hospital para cumplir con lo programado y así alcanzar los resultados esperados y contribuir a dar servicios de salud integrales y coordinados a través de redes en todo el sistema de salud, el cual se manifiesta en el resultado del cumplimiento de la programación de actividades y las Metas de Producción

## **OBJETIVOS DEL INFORME**

### **1. Objetivo General**





Presentar y evidenciar los resultados de la gestión del Hospital, a través de un proceso de seguimiento y evaluación de las actividades y/o acciones contenidas en el Plan Anual Operativo Institucional.

### **2. Objetivos Específicos**

- a. Contribuir a la construcción de evidencia documental para que se establezcan mecanismos de coordinación y comunicación en los diferentes niveles jerárquicos de tal manera que se facilite la realización de las acciones programadas.
- b. Fomentar el trabajo en equipo a través del establecimiento de responsabilidades compartidas en la realización del proceso de elaboración del Plan así como su evaluación y elaboración del informe de monitoreo y seguimiento del mismo.
- c. Contar con herramientas que permitan evidenciar y documentar el proceso de desarrollo de la gestión institucional.
- d. Establecer mecanismos de medición que permitan la construcción de una base documental, que permitan la creación de proyectos de mejora y desarrollo institucional.

## CONSIDERACIONES PARA LA EVALUACION DEL PLAN ANUAL OPERATIVO 2019

- Para la evaluación del Plan Anual Operativo de Actividades se consideran las actividades programadas en cada período evaluado, las cuales se evalúan y califican en función del indicador definido; la calificación del resultado esperado es el promedio de las calificación de las actividades programadas y el resultado del objetivo estratégico es el promedio de todos los resultados esperados que componen el objetivo; por lo tanto, la calificación final del Plan Anual de Actividades, es el resultado promedio de la calificación de los objetivos estratégicos y de los resultados esperados.
- Para el monitoreo y seguimiento del cumplimiento de Metas de Producción, se utiliza la técnica de colores, también conocido como “semáforo”, presentando rangos que fueron definidos en su momento, por la Unidad de Planificación del Hospital del Bloom y los cuales dan respuesta a lo requerido por la Dirección General de Hospitales del Ministerio de Salud y la Coordinación de Hospitales de tercer nivel, y se realiza de acuerdo al detalle siguiente:

RANGO DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO	REPRESENTACIÓN		
Del 0% al 50%,	<b>Rojo</b>		<b>Crítico. Requiere una urgente evaluación y plan de intervención</b>
Entre el 51% al 85%	<b>Amarillo</b>		<b>Necesita Mejorar. Requiere evaluación para establecer plan de acción</b>
Entre el 85% y el 100%	<b>Verde</b>		<b>Aceptable. Esta dentro del rangó esperado</b>
Ponderación mayor al 100%	<b>Morado</b>		<b>Relativamente Crítico. Requiere una urgente evaluación y plan de intervención</b>

## LIMITANTES EN LA EJECUCION DEL PLAN ANUAL OPERATIVO

- Que exista poca supervisión y coordinación para la revisión de los resultados, que permitan evaluar el cumplimiento de las metas de producción de los Servicios finales
- La Metas definidas responden a la operatividad en función de los recursos, sin mayor incidencia de las demandas de la población y que respondan al componente de desarrollo estratégico del Hospital.
- Limitada participación en el proceso de formulación de las actividades y metas establecidas
- Frágil atención de las jefaturas en el proceso de seguimiento para la ejecución del Plan y cumplimiento de metas.

**RESULTADOS DE LA EVALUACION  
SEGUNDO TRIMESTRE  
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2019**

**PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES  
De abril a junio de 2019**

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
1	<b>Objetivo: Reducir la Morbimortalidad Infantil</b>					67%				
1.1.	<b>Resultado: Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbilidad institucional</b>					67%				
1.1.1	Monitoreo de la Mortalidad en menores de 5 años en los Servicios de Hospitalización de las Enfermedades de vigilancia del MINSAL (Diarrea, Neumonías, Inmaduridad, Asfixia del Nacimiento y sepsis)	80%	% de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos	Informes de Auditoria de Mortalidad	Jefe de Servicios de Hospitalización en coordinación con el apoyo del Comité de Mortalidad	80%	78%	98%		División Médica y Unidad de IEIS, Unidad de Planificación

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	
					Programado	Realizado	%			
1.1.2	Mejorar el porcentaje de adherencia del lavado de manos	70%	% de adherencia de lavado de manos	Registros del Comité de IAASS	Jefes de Servicio con el apoyo del Comité de Infecciones Asociadas a la atención sanitaria	70%	36%	51%	El resultado es bajo entre otras razones porque la medición de la adherencia se está haciendo en algunos servicios y para la evaluación se considera que se debe hacer en todos los servicios de hospitalización	Comité de IAASS y Unidad de Planificación
1.1.3	Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia)	4	N° de Informes de monitoreo	Registros de Informe en Actas de Sala de Situacional (Registro de Presentación de Informe)	Divisiones Médica y División de Enfermería	1	0	0%	No se contó con la evidencia para evaluar la actividad	División Médica
1.1.4	Implementación de tratamiento con radioterapia en personas con diagnóstico de cáncer que lo requieran	100%	% de cumplimiento de la programación de atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia	Registros de programación y Producción	Coordinador del Centro de Radioterapia	100%	86%	86%		Centro de Radioterapia
1.1.5.	Continuar con el Programa de Trasplante Renales	3	N° de Trasplantes realizados	Registros Estadísticos de Producción	Depto. de Nefrología con el Apoyo de División Médica y	1	1	100%	De acuerdo a lo informado por el Centro Quirúrgico se realizó un trasplante en el mes de marzo de 2019	División Médica y Quirúrgica

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad	
					Programado	Realizado	%			
					Quirúrgica					
<b>2</b>	<b>Objetivo: Mejorar el Desempeño Hospitalario</b>					<b>60%</b>				
<b>2.1</b>	<b>Resultado: Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional</b>					<b>100%</b>				
<b>2.1.1</b>	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%	88%	104%	El resultado evidencia que la meta se cumplió en 104%, para efectos de evaluación del resultado se considera el cumplimiento esperado de 100%.	División Médica y Quirúrgica, Depto. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Sistemas Oficiales: SIMOWS y SMPE
<b>2.1.2</b>	Lograr el cumplimiento de los servicios de Hospitalización conforme a la meta de producción programada	85%	% de cumplimiento de la Meta	Informe Estadístico de Producción generados del SIMOWS y SMPE	Jefes de Servicios de Hospitalización	85%	91%	107%	El resultado evidencia que la meta se cumplió en 107%, para efectos de evaluación del resultado se considera el cumplimiento esperado de 100%.	División Médica y Quirúrgica, Depto. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica y Sistemas Oficiales: SIMOWS y SMPE
<b>2.2</b>	<b>Resultado: Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial</b>					<b>0%</b>				
<b>2.2.1</b>	Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta de Especialidades Médicas	50	Tiempo de Espera en Días	Informe de Tiempo de Espera para cita de primera vez	Jefe de Depto. de Consulta Externa Médica	50	75	0%	El resultado evidencia que el tiempo no se redujo en relación a la meta	División Médica, Depto. de Consulta Externa Médica

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
					Programado	Realizado	%		
2.2.2	50	Tiempo de Espera en Días Hábiles	Informe de Tiempo de Espera	Jefe	50	79	0%	El resultado evidencia que el tiempo no se redujo en relación a la meta	División de Cirugía y Depto. de Consulta Ext. Quirúrgica
2.2.3	90	Tiempo de Espera en Días Hábiles	Informe de Tiempo de Espera	Jefes de División Quirúrgica, Centro Quirúrgico, Con Ext. Qx, Jefes de Especialidades	90	98	0%	El resultado evidencia que el tiempo no se redujo en relación a la meta	División de Cirugía y Depto. de Consulta Ext. Quirúrgica
2.2.4.	10	% de Supervisiones realizadas	Informes de Resultados de Supervisiones realizadas	Equipo de Supervisión Institucional	3	0	0%	No se contó podido cumplir con el Plan	Dirección
2.3	<b>Resultado: Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios</b>				<b>80%</b>				
2.3.1	4	Informes de Resultados por Servicio Final	Reportes de Producción final y Distribuida	Jefe de División Diagnóstico	1	1	100%	El informe muestra un índice de uso de Laboratorio muestra que se están realizando 34.54 exámenes por egreso y 4.88 por D.C.O., 1.04 por consulta, 5.39 exámenes por atención de emergencia. El índice de Uso de Rx es de 0.96 por D.C.O. 3.8 recetas de Farmacia por D.C.O.	División de Diagnóstico



No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
2.3.2	Realizar el monitoreo del índice de uso de Alimentación, Fórmulas, Lavandería , Mantenimiento y Transporte	4	N° de Informes Presentados	Reportes de Producción final y Distribuida	Jefe de División Administrativa	1	1	100%	El informe de muestra un índice de uso de raciones de Alimentación y Dietas por Egreso de 9.32 y por día cama es de 1.29. De fórmulas es de 15.8 por egreso y 2.19 por D.C.O De Lavandería es de 42.13 libras por egreso y de 5.82 libras por D.C.O. De transporte 2.42 km. por egreso	División Administrativa
2.3.3	Monitoreo de la Gestión de Abastecimiento de Medicamentos	12	N° de Informes	Informe de monitoreo Presentados	Departamento de Gestión y Suministros de Tecnología Médica. Comité de Farmacoterapia y Farmacia	3	3	100%	El seguimiento de la actividad es realizado semanalmente y el informe se realiza mensual	Departamento de GSTM
2.3.4.	Realizar el monitoreo del cumplimiento de la Política de Ahorro	4	N° de Informes de Resultados del Monitoreo del Ahorro	Informe Presentado	Unidad Financiera Institucional	1	1	100%	Se mantiene el seguimiento de la Política de Austeridad de la Gestión 2018	UFI, Dirección
2.3.5	Monitoreo del Plan para el Uso Racional de antibióticos	4	Informes de Monitoreo y Evaluación del Plan de Uso Racional de Antibióticos	Informes	Comité Farmacoterapia	1	0	0%	No se pudo realizar la implementación de la hoja por lo que por decisión del Comité de Farmacoterapia se suspendió el proceso	División Médica y Quirúrgica

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
					Programado	Realizado	%		
3	<b>Objetivo: Elaborar y/o actualizar la Base documental Institucional</b>				67%				
3.1	<b>Resultado: Elaborar y/o Actualizar la Documentos Normativos y de Funcionamiento institucional</b>				67%				
3.1.1	2	N° de Informes de Resultados	Registros del Depto. de Capacitación	UDP	1	1	100%	De acuerdo al Informe se tiene un 45% de ejecución del Plan	UDP y Departamento de Capacitación
3.1.2.	4	N° de Informes de Avances de las Fases	Informes presentados	Unidad de Planificación y UOC	1	1	100%	El informe evidencia el cumplimiento de las etapas del proceso en un 31%	Unidad de Planificación
3.1.3.	2	Informe de implementación	Guías Clínicas Elaboradas	Jefes de Especialidades Médicas y Quirúrgicas y División Médica y Quirúrgica	1	0	0%	No se contó con la evidencia documental para evaluar el Plan	División Médica y Quirúrgica
4	<b>Objetivo: Fortalecer el Proceso de Mejora Continua de la Calidad</b>				67%				
4.1	<b>Resultado: Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad</b>				67%				
4.1.1	2	Informes con Resultados de la Evaluación	Informes de Evaluación de la Calidad de Atención Asistencial	Jefe de la UOC apoyado por los Jefes de División Médica, Quirúrgica, Enfermería y	1	0	0%	No se contó con la evidencia documental de que se realizó la actividad	UOC

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
					Programado	Realizado	%		
					Comité de Auditoría del Desempeño Médico				
4.1.2.	Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad	4	Informes de Resultados de los estándares	Informes y Presentación	Unidad Organizativa de la Calidad con el Apoyo de la UEES y Divisiones Médica, Quirúrgica y de Enfermería	1	1	100%	UOC y Sistema Oficial
4.1.3	Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad 2018	1	% de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica	Informe de Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad	Dirección con el apoyo y coordinación de la Unidad Organizativa de la Calidad				UOC
4.1.4	Fortalecer la investigación institucional con enfoque a los problemas sanitarios hospitalarios	5	Numero de Estudios de Investigación realizados	Documentos entregados	UDP				UDP
4.1.5	Monitoreo de funcionamiento de los Comités	4	N° de Informes de Monitoreo	Informes Presentados por los Comités a la UOC	UOC con apoyo de Dirección	1	1	100%	UOC

No.	Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
					Programado	Realizado	%		
4.1.6	1	Informe del proceso de Identificación de necesidades	Informes presentados	Departamento de Pediatría Social con el Apoyo de la Unidad de Planificación	1			Se reprogramó la evaluación de la actividad	Pediatría Social
5	<b>Objetivo: Fortalecer el Proceso de Planificación, Monitoreo y Evaluación Institucional</b>				67%				
5.1	<b>Resultado: Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias</b>				67%				
5.1.1	4	Nº de Monitoreos	Informes de Respaldo en los Sistemas y Evidencia documental	Dirección en Coordinación de la Unidad de Planificación	1	1	100%	El informe de Resultados considerado en esta Evaluación es el del 1º Trimestre y el anual del 2019	Unidad de Planificación
5.1.2.	100%	% de Dependencias que cumplieron	Informe de Control de entregas	Jefes de División en coordinación con la Unidad de Planificación	100%	37%	37%	Para la evaluación de esta actividad se ha considerado el Nº de monitoreos PAOs 2019, presentadas a la Unidad de Planificación al 18 de agosto de 2019	Unidad de Planificación
5.1.3.	12	Nº de Informes de Indicadores	Informes mensual enviados al MINSAL	Unidad de EESIS y la Unidad de Planificación en coordinación con Comité Estratégico de Gestión	3	3	100%	Los informes considerados para evaluar esta actividad son los realizados de junio de 2019	Unidad de Planificación

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
5.1.4.	Evaluación de la gestión de los Servicios Asistenciales en la Sala Situacional	8	N° Evaluaciones realizadas	Actas de reunión	Jefes de UEEIS y Jefaturas de División y Servicios	2	0	0%	No se programaron las evaluaciones de Servicios Asistenciales en la Sala Situacional efectuadas	Unidad de EEIS
5.1.5.	Evaluación de los resultados del Sistema PERC	2	N° de Evaluaciones	Resultados del Sistema y Acta de Reunión de Evaluación	Equipo de Trabajo de Costeo	1	1	100%	Se realizó la evaluación el 05 de junio de 2019	Dirección
5.1.6.	Elaboración del Plan Estratégico Institucional 2019-2024	1	Documento Elaborado	Registro del Proceso de Elaboración	Unidad de Planificación					Dirección
6	<b>Objetivo: Realizar acciones que permitan la Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales y que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente</b>					100%				
6.1.	<b>Resultado: Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente</b>					100%				
6.1.1	Monitoreo del Proceso de Elaboración de Valoración de Riesgos	100%	% de Dependencias que cuentan con la Valoración de Riesgo	Informe Consolidado de Cumplimiento	Jefes de División y Departamento en coordinación con la Unidad de Planificación					Unidad de Planificación
6.1.2.	Realización de Simulacro de Emergencia	2	Informe de Simulacro Realizados	Informe del Simulacro	UOC a través del Comité de Emergencia y Desastres	1			Se suspendió la realización, porque se logró la ejecución del proyecto de Reparación y pintura del Edificio, lo cual afectaba la	UOC

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
									movilización para la realización del simulacro	
6.1.3.	Desarrollo e Implementación del Plan de Reciclaje de papel y cartón	1	Plan Elaborado	Registro del Proceso de Elaboración	Comité de Gestión Ambiental	1			Se reprograma la evaluación porque el Plan está Pendiente de Aprobación	
		2	Informes de Ingresos y N° de Libras Recicladas	Registro de Cantidad de papel reciclado y recibos de ingresos por venta	Comité de Gestión Ambiental					
6.1.4.	Monitoreo del Cumplimiento del Plan de Manejo de Desechos Bio-infecciones y comunes	4	Informe de Resultado	Registro de acciones para cumplir con el Plan y actualización del estándar 23	Inspector de Saneamiento	1	1	100%	El monitoreo se realiza de acuerdo al Plan y conforme al estándar de Calidad 23	UOC
7	<b>Objetivo: Fortalecer el Recurso Humano</b>									
7.1.	<b>Resultado: Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano</b>									
7.1.1.	Elaborar el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos 2019-2023	2	Informes de Resultados del Proceso de Elaboración	Registro del Procesos de Elaboración	Departamento de Recursos Humanos					Departamento de Recursos Humanos

No.		Meta anual	Indicador	Medio de verificación	Responsables	Segundo Trimestre			Observaciones	Fuente de la Evidencia Documental del Cumplimiento de la Actividad
						Programado	Realizado	%		
7.1.2	Elaborar el Diagnóstico de Carga Laboral para el personal médico y enfermería	1	Informe de Resultados del Diagnóstico	Respaldo Documental del Diagnóstico	Departamento de Recursos Humanos					Departamento de Recursos Humanos
7.1.3	Curso de Formación Gerencial	1	Curso gerencial realizado	Programación de capacitaciones Listas de Asistencia	UDP, Planificación, UOC					Departamento de Capacitación
8	<b>Objetivo: Fomentar el Desarrollo de Tecnología de Información</b>					100%				
8.1.	<b>Resultado: Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa</b>					100%				
8.1.1	Monitoreo de la generación de la Información Estadística	4	% de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información	Informes de Control Estadísticos	Unidad de EEIS	1	1	100%	El porcentaje promedio de Dependencias que cumplieron oportunamente en el trimestre fue de 37.66	Unidad de EEIS
<b>Calificación de los Objetivos Estratégicos</b>						75%				
<b>Calificación de Resultados Esperados</b>						72%				

## COMPROMISOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS NO ALCANZADOS

### Plan Anual Operativo de Actividades 2019

Período evaluado: De abril a Junio de 2019

N° Corr	Resultado esperado (según formulario Programación anual y Seguimiento)	Calificación	Factor o situación que impidió la realización de la meta	Medidas a adoptar	Antes de (qué fecha)	Responsable
1	1.1. Establecer planes y acciones encaminadas a mejorar la atención médica y disminuir la morbimortalidad institucional	67%	El resultado ha sido afectado por la calificación de la actividad relacionada con el % de adherencia al lavado de Manos y el no cumplimiento por falta de evidencia documental del monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles.	Retomar el monitoreo de cumplimiento de actividades	3° Trimestre	Jefe de División Médica con el apoyo de la División de Enfermería
2	2.1. Participación activa de las dependencias asistenciales en el cumplimiento de la Programación institucional	100%				
3	2.2. Realizar acciones que permitan mejorar la Gestión Institucional y los tiempos de respuesta para la atención asistencial	0%	No se ha podido mejorar por que se tuvo un Incremento en las ausencias y el limitado monitoreo de la gestión asistencial	Darle seguimiento al Plan de Intervención que permita mejorar el monitoreo y control de la gestión y la reducción en los Tiempos de Espera en la Consulta	3° Trimestre	Jefes de Consulta Externa Médica y Quirúrgica con el Apoyo de la Jefatura Inmediata Superior



<b>N° Corr</b>	<b>Resultado esperado</b> (según formulario Programación anual y Seguimiento)		<b>Calificación</b>	<b>Factor o situación que impidió la realización de la meta</b>	<b>Medidas a adoptar</b>	<b>Antes de</b> (qué fecha)	<b>Responsable</b>
4	2.3.	Optimizar la Utilización de los Servicios de Apoyo Hospitalarios	80%	No se logró el 100% de cumplimiento porque una de las actividades programadas en este resultado esperado no se ha realizado	Se revisara el proceso y se retomará el monitoreo de la actividad	3° Trimestre	Comité de Farmacoterapia
5	3.1	Elaborar y/o Actualizar los Instrumentos Técnicos Jurídicos Específicos Institucionales	67%	La calificación obtenida ha sido afectada porque una de las actividades que incluye el resultado no se evaluó por falta de evidencia documental	Se revisara el proceso para evaluar la factibilidad de la actividad	3° Trimestre	Jefes de División Médica y Quirúrgica
6	4.1.	Implementación de Proyectos, Planes y Actividades de Mejora de la Calidad	67%	De las actividades programadas una no se pudo evaluar por falta de evidencia documental	Se retomará el proceso y aplicarán las acciones necesarias para realizar la actividad	3° Trimestre	Jefe de División Médica y Quirúrgica
7	5.1.	Mejorar el Proceso de Evaluación de Planes Anuales Operativos que guíen el trabajo de las dependencias	67%	Frágil seguimiento de la gestión administrativa por parte de las Jefaturas	Establecer un Plan de Mejora que incluya la aplicación de la normativa vigente	2° Trimestre	Dirección y Jefes de División
8	6.1	Evaluación, Análisis y Desarrollo de Acciones de Prevención y Mitigación de Riesgos Institucionales que contribuyan a fomentar el cuidado y protección del medio ambiente	100%	En este resultado solo se evaluó una actividad, de las tres programadas una se suspendió y otra se reprograma para ser evaluada en el 3° trimestre			

<b>N° Corr</b>	<b>Resultado esperado</b> (según formulario Programación anual y Seguimiento)		<b>Calificación</b>	<b>Factor o situación que impidió la realización de la meta</b>	<b>Medidas a adoptar</b>	<b>Antes de</b> (qué fecha)	<b>Responsable</b>
9	7.1	Mejorar las características relacionales y técnicas del Recurso Humano		<b>Este resultado no fue programado en este trimestre</b>			
10	8.1	Mejorar la capacidad de respuesta de los requerimientos de Información interna y externa	100%	En el trimestre la actividad programada conforme al indicador definido se cumplió en un 100%, sin embargo, el logro de los resultados refleja un 37.66% de cumplimiento	Evaluar el proceso y establecer el plan o acciones necesarias para mejorar	2° Trimestre	Jefe de Unidad de Epidemiología en coordinación con los Jefes de División
<b>Promedio de Cumplimiento del Trimestre:</b>						<b>72%</b>	

**RESULTADOS DE LA PRODUCCION Y CUMPLIMIENTO DE METAS**  
**De abril a junio de 2019**

**Producción y Cumplimiento de Metas en Consulta Ambulatoria**

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
<b>Especialidades Médicas</b>	<b>8,095</b>	<b>6,754</b>	<b>83%</b>	<b>10,625</b>	<b>8,200</b>	<b>77%</b>	<b>9,615</b>	<b>7,567</b>	<b>79%</b>	<b>28,335</b>	<b>22,521</b>	<b>79%</b>
Alergología / Inmunología	666	700	105%	874	1,014	116%	790	731	93%	2,330	2,445	105%
Cardiología	608	389	64%	798	434	54%	722	501	69%	2,128	1,324	62%
CENID	256	210	82%	336	270	80%	304	227	75%	896	707	79%
Dermatología	397	389	98%	521	486	93%	471	442	94%	1,389	1,317	95%
Endocrinología	678	726	107%	890	785	88%	806	741	92%	2,374	2,252	95%
Fisiatría	112	162	145%	147	181	123%	133	162	122%	392	505	129%
Gastroenterología	384	354	92%	504	419	83%	456	402	88%	1,344	1,175	87%
Hematología	512	408	80%	672	525	78%	608	482	79%	1,792	1,415	79%
Infectología	51	43	84%	67	55	82%	61	38	62%	179	136	76%
Nefrología	310	292	94%	407	288	71%	369	298	81%	1,086	878	81%
Neumología	704	363	52%	924	512	55%	836	461	55%	2,464	1,336	54%
Neurología	742	577	78%	974	675	69%	882	611	69%	2,598	1,863	72%
Nutriología	64	71	111%	84	83	99%	76	65	86%	224	219	98%
Oncología	640	629	98%	840	713	85%	760	752	99%	2,240	2,094	93%
Pediatría General	1,216	883	73%	1,596	1,004	63%	1,444	987	68%	4,256	2,874	68%
Psiquiatría	563	368	65%	739	532	72%	669	500	75%	1,971	1,400	71%
Reumatología	192	190	99%	252	224	89%	228	167	73%	672	581	86%
<b>Sub especialidades Quirúrgicas</b>	<b>3,876</b>	<b>3,974</b>	<b>103%</b>	<b>5083</b>	<b>4,891</b>	<b>96%</b>	<b>4,600</b>	<b>4,623</b>	<b>101%</b>	<b>13,559</b>	<b>13,488</b>	<b>99%</b>
Anestesiología / Algología	80	88	110%	105	120	114%	95	100	105%	280	308	110%
Cirugía Cardiovascular	23	18	78%	29	26	90%	27	26	96%	79	70	89%

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Cirugía General	461	502	109%	605	651	108%	547	641	117%	1,613	1,794	111%
Cirugía Maxilofacial	77	59	77%	101	128	127%	91	105	115%	269	292	109%
Cirugía Neonatal	48	68	142%	63	64	102%	57	49	86%	168	181	108%
Cirugía Oncológica	26	24	92%	33	45	136%	30	23	77%	89	92	103%
Cirugía Plástica	336	246	73%	441	344	78%	399	275	69%	1,176	865	74%
Neurocirugía	333	271	81%	437	307	70%	395	276	70%	1,165	854	73%
Oftalmología	947	1,023	108%	1,243	1,234	99%	1,125	1,228	109%	3,315	3,485	105%
Ortopedia	359	624	174%	470	713	152%	426	741	174%	1,255	2,078	166%
Otorrinolaringología	730	755	103%	958	904	94%	866	808	93%	2,554	2,467	97%
Urología	456	296	65%	598	355	59%	542	351	65%	1,596	1,002	63%
<b>Sub Total Consulta Ext. Médica</b>	<b>11,971</b>	<b>10,728</b>	<b>90%</b>	<b>15,708</b>	<b>13,091</b>	<b>83%</b>	<b>14,215</b>	<b>12,190</b>	<b>86%</b>	<b>41,894</b>	<b>36,009</b>	<b>86%</b>
<b>Consulta Externa Odontológica</b>	<b>653</b>	<b>815</b>	<b>125%</b>	<b>857</b>	<b>983</b>	<b>115%</b>	<b>775</b>	<b>880</b>	<b>114%</b>	<b>2,285</b>	<b>2,678</b>	<b>117%</b>
Odontológica de primera vez	163	519	318%	214	594	278%	194	579	298%	571	1,692	296%
Odontológica subsecuente	490	296	60%	643	389	60%	581	301	52%	1,714	986	58%
<b>Otras Atenciones Consulta Externa Médica</b>	<b>973</b>	<b>870</b>	<b>89%</b>	<b>1,139</b>	<b>1,128</b>	<b>99%</b>	<b>1,073</b>	<b>1,070</b>	<b>100%</b>	<b>3,185</b>	<b>3,068</b>	<b>96%</b>
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	442	392	89%	442	479	108%	442	425	96%	1,326	1,296	98%
Nutrición	307	178	58%	403	249	62%	365	258	71%	1,075	685	64%
Psicología	224	300	134%	294	400	136%	266	387	145%	784	1,087	139%
<b>Total Consulta Externa</b>	<b>13,597</b>	<b>12,413</b>	<b>91%</b>	<b>17,704</b>	<b>15,202</b>	<b>86%</b>	<b>16,063</b>	<b>14,140</b>	<b>88%</b>	<b>47,364</b>	<b>41,755</b>	<b>88%</b>
<b>Emergencias</b>	<b>1,637</b>	<b>1,976</b>	<b>121%</b>	<b>1,980</b>	<b>1,732</b>	<b>87%</b>	<b>2,097</b>	<b>1,916</b>	<b>91%</b>	<b>5,714</b>	<b>5,624</b>	<b>98%</b>
Cirugía General	999	1,054	106%	999	971	97%	999	1,020	102%	2,997	3,045	102%
Pediatría Gral.	638	922	145%	981	761	78%	1,098	896	82%	2,717	2,579	95%
<b>Total Consulta Ambulatoria</b>	<b>15,234</b>	<b>14,389</b>	<b>94%</b>	<b>19,684</b>	<b>16,934</b>	<b>86%</b>	<b>18,160</b>	<b>16,056</b>	<b>88%</b>	<b>53,078</b>	<b>47,379</b>	<b>89%</b>

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	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
<b>Sub Especialidades de Medicina</b>	<b>446</b>	<b>432</b>	<b>97%</b>	<b>456</b>	<b>449</b>	<b>98%</b>	<b>448</b>	<b>402</b>	<b>90%</b>	<b>1,350</b>	<b>1,283</b>	<b>95%</b>
Hematología Pediátrica	68	41	60%	70	63	90%	68	60	88%	206	163	80%
Infectología Pediátrica	124	152	123%	128	131	102%	125	106	85%	377	389	103%
Medicina Interna Pediátrica	71	69	97%	73	68	93%	71	54	76%	215	191	89%
Nefrología Pediátrica	22	13	59%	23	22	96%	22	17	77%	67	52	78%
Neonatología	44	54	123%	45	49	109%	45	52	116%	134	155	116%
Oncología Pediátrica	117	103	88%	117	116	99%	117	113	97%	351	332	95%
<b>Sub Especialidades de Cirugía</b>	<b>510</b>	<b>479</b>	<b>94%</b>	<b>515</b>	<b>447</b>	<b>87%</b>	<b>510</b>	<b>391</b>	<b>77%</b>	<b>1,535</b>	<b>1,317</b>	<b>86%</b>
Cirugía Pediátrica	174	191	110%	174	183	105%	174	172	99%	522	546	105%
Cirugía Reconstructiva Pediátrica	68	75	110%	71	82	115%	68	53	78%	207	210	101%
Neurocirugía Pediátrica	95	71	75%	95	69	73%	95	57	60%	285	197	69%
Oftalmología Pediátrica	49	38	78%	49	31	63%	49	29	59%	147	98	67%
Otorrinolaringología Pediátrica	55	25	45%	55	26	47%	55	21	38%	165	72	44%
<b>Ortopedia / Traumatología</b>	<b>69</b>	<b>79</b>	<b>114%</b>	<b>71</b>	<b>56</b>	<b>79%</b>	<b>69</b>	<b>59</b>	<b>86%</b>	<b>209</b>	<b>194</b>	<b>93%</b>
<b>Otros Egresos</b>	<b>87</b>	<b>73</b>	<b>84%</b>	<b>90</b>	<b>91</b>	<b>101%</b>	<b>87</b>	<b>91</b>	<b>105%</b>	<b>264</b>	<b>255</b>	<b>97%</b>
Servicios por Contrato	87	73	84%	90	91	101%	87	91	105%	264	255	97%
<b>Total de Egresos</b>	<b>1,043</b>	<b>984</b>	<b>94%</b>	<b>1,061</b>	<b>987</b>	<b>93%</b>	<b>1,045</b>	<b>883</b>	<b>84%</b>	<b>3,149</b>	<b>2,855</b>	<b>91%</b>

Fuente de Datos

Programación: Ingreso de datos (SPME).

Producción de Egresos Hospitalarios (SIMMOW).

## Producción y cumplimiento de Cirugía Mayor

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cmpl.	Prog.	Realiz.	% Cmpl.	Prog.	Realiz.	% Cmpl.	Prog.	Realiz.	% Cmpl.
Electivas para Hospitalización	308	164	53%	283	224	79%	262	178	68%	853	566	66%
Electivas Ambulatorias	175	102	58%	133	144	108%	112	146	130%	420	392	93%
De Emergencia para Hospitalización	279	270	97%	257	205	80%	271	205	76%	807	680	84%
De Emergencia Ambulatoria	7	9	129%	16	11	69%	17	9	53%	40	29	73%
<b>Total</b>	<b>769</b>	<b>545</b>	<b>71%</b>	<b>689</b>	<b>584</b>	<b>85%</b>	<b>662</b>	<b>538</b>	<b>81%</b>	<b>2,120</b>	<b>1,667</b>	<b>79%</b>

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	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cmpl.	Prog.	Realiz.	% Cmpl.	Prog.	Realiz.	% Cmpl.	Prog.	Realiz.	% Cmpl.
<b>Unidad de Emergencia</b>												
Admisiones	1,008	1,197	119%	1,200	1,280	107%	1,300	1,270	98%	3,508	3,747	107%
Transferencias	665	568	85%	690	519	75%	674	471	70%	2,029	1,558	77%
<b>Unidad de Máxima Urgencia</b>												
Admisiones	100	99	99%	100	98	98%	90	101	112%	290	298	103%
Transferencias	83	86	104%	87	88	101%	77	89	116%	247	174	106%
<b>Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios</b>												
Admisiones	74	127	172%	78	121	155%	55	118	215%	207	366	177%
Transferencias	118	127	108%	121	122	101%	118	120	102%	357	369	103%

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	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
<b>Laboratorio Clínico</b>	<b>38,032</b>	<b>65,676</b>	<b>173%</b>	<b>49,917</b>	<b>65,025</b>	<b>130%</b>	<b>45,162</b>	<b>62,704</b>	<b>139%</b>	<b>133,111</b>	<b>193,405</b>	<b>145%</b>
<b>Hematología</b>	<b>10,310</b>	<b>16,512</b>	<b>160%</b>	<b>13,530</b>	<b>18,457</b>	<b>136%</b>	<b>12,241</b>	<b>18,747</b>	<b>153%</b>	<b>36,081</b>	<b>53,716</b>	<b>149%</b>
Consulta Externa	3,698	5,119	138%	4,851	5,142	106%	4,389	4,967	113%	12,938	15,228	118%
Hospitalización	4,690	6,011	128%	6,156	6,821	111%	5,570	7,004	126%	16,416	19,836	121%
Emergencia	1,922	2,826	147%	2,523	2,967	118%	2,282	2,989	131%	6,727	8,782	131%
Referido / Otros	0	2,556	ND	0	3,527	ND	0	3,787	ND	0	9,870	ND
<b>Inmunología</b>	<b>1,396</b>	<b>6,883</b>	<b>493%</b>	<b>1,834</b>	<b>6,792</b>	<b>370%</b>	<b>1,660</b>	<b>3,199</b>	<b>193%</b>	<b>4,890</b>	<b>16,874</b>	<b>345%</b>
Consulta Externa	753	1,240	165%	989	1,322	134%	895	1,044	117%	2,637	3,606	137%
Hospitalización	450	823	183%	591	791	134%	535	739	138%	1,576	2,353	149%
Emergencia	193	355	184%	254	274	108%	230	337	147%	677	966	143%
Referido / Otros	0	4,465	ND	0	4,405	ND	0	1,079	ND	0	9,949	ND
<b>Bacteriología</b>	<b>3,446</b>	<b>4,965</b>	<b>144%</b>	<b>4,523</b>	<b>4,970</b>	<b>110%</b>	<b>4,093</b>	<b>4,574</b>	<b>112%</b>	<b>12,062</b>	<b>14,509</b>	<b>120%</b>
Consulta Externa	324	349	108%	425	416	98%	385	336	87%	1,134	1,101	97%
Hospitalización	2,144	3,006	140%	2,814	3,044	108%	2,546	2,778	109%	7,504	8,828	118%
Emergencia	978	1,610	165%	1,284	1,510	118%	1,162	1,460	126%	3,424	4,580	134%
<b>Parasitología</b>	<b>170</b>	<b>370</b>	<b>218%</b>	<b>222</b>	<b>397</b>	<b>179%</b>	<b>201</b>	<b>432</b>	<b>215%</b>	<b>593</b>	<b>1,199</b>	<b>202%</b>
Consulta Externa	28	30	107%	36	47	131%	33	37	112%	97	114	118%
Hospitalización	142	204	144%	186	208	112%	168	225	134%	496	637	128%
Emergencia	0	136	ND	0	142	ND	0	170	ND	0	448	ND
<b>Bioquímica</b>	<b>21,540</b>	<b>35,433</b>	<b>164%</b>	<b>28,272</b>	<b>32,652</b>	<b>115%</b>	<b>25,578</b>	<b>33,974</b>	<b>133%</b>	<b>75,390</b>	<b>102,059</b>	<b>135%</b>
Consulta Externa	4,530	7,422	164%	5,946	6,300	106%	5,379	6,552	122%	15,855	20,274	128%
Hospitalización	13,758	19,478	142%	18,058	18,447	102%	16,338	19,363	119%	48,154	57,288	119%
Emergencia	3,252	4,894	150%	4,268	4,544	106%	3,861	4,410	114%	11,381	13,848	122%
Referido / Otros	0	3,639	ND	0	3,361	ND	0	3,649	ND	0	10,649	ND
<b>Urianálisis</b>	<b>1,170</b>	<b>1,513</b>	<b>129%</b>	<b>1,536</b>	<b>1,757</b>	<b>114%</b>	<b>1,389</b>	<b>1,778</b>	<b>128%</b>	<b>4,095</b>	<b>5,048</b>	<b>123%</b>

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Consulta Externa	446	494	111%	585	567	97%	529	603	114%	1,560	1,664	107%
Hospitalización	406	524	129%	533	576	108%	482	591	123%	1,421	1,691	119%
Emergencia	318	495	156%	418	614	147%	378	584	154%	1,114	1,693	152%
Referido / Otros	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND	0	0	ND
<b>Banco de Sangre</b>	<b>8,337</b>	<b>10,260</b>	<b>123%</b>	<b>10,943</b>	<b>13,217</b>	<b>121%</b>	<b>9,901</b>	<b>9,413</b>	<b>95%</b>	<b>29,181</b>	<b>32,890</b>	<b>113%</b>
Consulta Externa	3,057	4,364	143%	4,013	4,110	102%	3,630	2,809	77%	10,700	11,283	105%
Hospitalización	4,618	4,687	101%	6,061	7,817	129%	5,484	5,260	96%	16,163	17,764	110%
Emergencia	662	934	141%	869	938	108%	787	956	121%	2,318	2,828	122%
Referido / Otros	0	275	ND	0	352	ND	0	388	ND	0	1,015	ND

### Producción y cumplimiento de Metas en Servicios de Tratamiento y Apoyo

Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
<b>Imagenología</b>												
Radiografías	3,373	4,572	136%	4,427	4,732	107%	4,005	4,532	113%	11,805	13,836	117%
Ultrasonografías	519	425	82%	681	604	89%	616	595	97%	1,816	1,624	89%
Tomografía Axial Computarizada	324	361	111%	324	389	120%	324	298	92%	972	1,048	108%
Resonancias Magnéticas Nucleares	53	70	132%	69	97	141%	62	89	144%	184	256	139%
<b>Anatomía Patológica</b>												
Biopsias Otras partes del cuerpo	178	282	158%	234	265	113%	214	234	109%	626	781	125%
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>												
Ecocardiogramas	217	183	84%	217	232	107%	217	226	104%	651	641	98%
Electrocardiogramas	336	291	87%	304	369	121%	368	380	103%	1,008	1,040	103%



Actividades	Abril			Mayo			Junio			Total		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Electroencefalogramas	208	244	117%	273	338	124%	247	308	125%	728	890	122%
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>												
Cirugía Menor	473	429	91%	426	386	91%	410	382	93%	1,309	1,197	91%
Diálisis Peritoneal	283	300	106%	289	336	116%	283	350	124%	855	986	115%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	1,358	1,587	117%	1,783	1,961	110%	1,613	1,760	109%	4,754	5,308	112%
Hemodiálisis	294	280	95%	294	364	124%	294	308	105%	882	952	108%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	7,079	8,178	116%	9,292	9,875	106%	8,407	7,731	92%	24,778	25,784	104%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	13,736	22,522	164%	18,029	24,124	134%	16,312	23,863	146%	48,077	70,509	147%
Terapias Respiratorias	592	16,061	2713%	777	18,458	2376%	703	18,135	2580%	2,072	52,654	2541%
<b>Trabajo Social</b>												
Casos Atendidos	3,757	4,126	110%	4,930	5,047	102%	4,461	4,199	94%	13,148	13,372	102%

## 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 segundo trimestre, los resultados esperados del Plan Operativo Anual Institucional 2019, se lograron cumplir en un 72%, y en las metas de programación de la producción de servicios finales se obtuvo un cumplimiento promedio de Metas de 88% en la consulta externa y un 91% en Hospitalización.
4. Que de las actividades programadas en el segundo trimestre del POAI 2019, nueve no se cumplieron, de las cuales cuatro por falta de evidencia para su evaluación, tres porque no se logró alcanzar la meta propuesta y las otras dos porque no fue posible desarrollarlas.

## RECOMENDACIONES

1. Que los obstáculos encontrados al evaluar el cumplimiento del Plan, se consideren como oportunidades para mejorar la gestión y los procesos.
2. Que las dependencias responsables de las actividades programadas efectúen la revisión del resultado obtenido para establecer los planes y/o acciones de mejora, y el seguimiento oportuno que garantice la mejora continua de la gestión y el cumplimiento de los objetivos institucionales.



Dr. Angel Ernesto Alvarado  
Director del HNNBB