

**HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM**



**PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL
2024**

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

La documentación de Transparencia

INFORME DE EVALUACION

3° Trimestre

De julio a septiembre de 2024

en el Portal

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez

Director del HNNBB

Diciembre de 2024

Elaborado por: Unidad de Planificación

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 la División Administrativa

Licda. Claudia Carpio
Jefa de la División de Enfermería

PRESENTACIÓN

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

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

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

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

San Salvador, 05 de diciembre de 2024



Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director del HNNBBB

INTRODUCCION

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

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

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

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

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

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

OBJETIVOS DEL INFORME

1. Objetivo General

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

2. Objetivos Específicos

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

CONSIDERACIONES EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN

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

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

LIMITANTES QUE PODRIAN AFECTAR LA EJECUCION DEL PLAN ANUAL OPERATIVO

- Que las Metas definidas no respondan a la operatividad en función de los recursos, y que se realicen sin mayor incidencia en las demandas de la población
- Que los resultados esperados no respondan al componente de desarrollo estratégico del Hospital
- Que las múltiples ocupaciones del cuerpo gerencial, limiten su participación en la formulación de actividades, el establecimiento de las metas y el seguimiento de la ejecución del plan.

Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”
PLAN ANUAL OPERATIVO INSTITUCIONAL 2024
RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DE GESTION
De Julio a septiembre de 2024

| N° | Objetivos / actividades | Indicadores | Responsable | 3° Trimestre | | | |
|---|---|--|--|--------------|------|------|-------------|
| | | | | Prog | Real | % | Observación |
| Objetivo: Contribuir a la disminución de la mortalidad infantil, mejorando el desempeño hospitalario | | | | | | | |
| 1 | Realizar el Monitoreo de la Mortalidad en menores de 5 años en los Servicios de Hospitalización de las Enfermedades de vigilancia del MINSAL (Diarrea, Neumonías, Inmaduridad, Asfixia del Nacimiento y sepsis) | % de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos | Jefes de Servicio de Hospitalización | 80% | 80% | 100% | |
| 2 | Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos | % de adherencia de lavado de manos | División de Enfermería a través de los Comités locales de IASS | 80% | 84% | 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 | División Medica | 1 | 1 | 100% | |
| 4 | Continuar con el Programa Trasplante Renal | N° de Trasplantes realizados | Depto. de Nefrología | 1 | 1 | 100% | |

| N° | Objetivos / actividades | Indicadores | Responsable | 3° Trimestre | | | |
|----|---|---|---|--------------|------|------|--|
| | | | | Prog | Real | % | Observación |
| 5 | Lograr el cumplimiento de Metas de producción de las especialidades de Consulta Externa | % de cumplimiento de la Meta | Jefes de Depto. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica | 100% | AR | AR | Se evaluaron los resultados encontrando diferencias de información entre los Sistemas Oficiales de Registro de Información, por lo que no es posible calificar el cumplimiento de la actividad (Aún en proceso de Implementación de SIS; por lo que se reprogramará) |
| 6 | Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización | % de cumplimiento de la Meta | Jefes de Departamento de los Servicios de Hospitalización | 100% | 116% | 116% | En este trimestre se ha evaluado de abril a septiembre |
| 7 | Realizar el monitoreo del abastecimiento de Medicamentos | % de Abastecimiento | Jefe de Depto. de Suministros y Abastecimiento | 95% | 92% | 97% | |
| 8 | Monitoreo del Plan de Optimización del uso de antibióticos | % de Cumplimiento de los Indicadores del Plan | División Médica a través del Equipo PROA | AR | AR | AR | Esta actividad no se ha podido evaluar porque los Lineamientos para su ejecución están la Dirección de Regulación. Por lo que se reprogramará para el 4° trimestre. |
| 9 | Monitoreo y Evaluación del resultado de los Indicadores de Gestión Hospitalaria | Informes de Resultados | Unidad de Planificación con el apoyo de UEEIS y responsables de los Indicadores | 3 | 3 | 100% | Los informes reportados están a septiembre 2024 |
| | | Informe planes o acciones de Mejora | Jefes de División Médica y Quirúrgica, con el apoyo de Unidad de Planificación | NP | NP | NP | |

| N° | Objetivos / actividades | Indicadores | Responsable | 3° Trimestre | | | |
|---|--|---|--|--------------|------|------|--|
| | | | | Prog | Real | % | Observación |
| 10 | Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad | Informes de Resultados | Unidad de Calidad con el apoyo dependencias involucradas | 3 | 3 | 100% | Los estándares están a septiembre de 2024, y el resultado promedio del 3° Trimestres es de 77% |
| | | Informe de Análisis y planes o acciones de Mejora | Jefes de División con el apoyo de UOC | 1 | 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. | | | | | | | |
| 11 | Reducir los Tiempos de Espera para la Consulta Médico-Quirúrgicos de Primera Vez, (En función del resultado del 2023) | Porcentaje de Reducción del Tiempo de Espera (El estándar de Tiempo de espera en Días es menor o igual a 30 días) | Jefes de División Médica y Quirúrgica | 30% | 32% | 106% | En el trimestre se tuvo una reducción del 32% en relación al año anterior, pero el resultado es mayor de 30 días |
| 12 | Mejorar los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva (T.E.=Desde la fecha de programación hasta la fecha de realización) | Tiempo de Espera en Días menor o igual a 60 días | Jefe de División Quirúrgica | 60 | 24 | 100% | |
| 13 | Mejorar el Tiempo de Espera para el Ingreso Hospitalario | Tiempo Promedio de Espera menor o igual 5 horas | Jefe de Emergencia con el apoyo de Jefe de División Médica | 5.00 | 7.12 | 0% | El tiempo reportado es desde que inicia la atención en la Emergencia hasta que es ingresado. |
| 14 | Realizar el Monitoreo del Programa para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas. | % de Cumplimiento de los indicadores definidos en el Plan | Depto. de Pediatría Social | 85% | 100% | 118% | |
| 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. | | | | | | | |

| N° | Objetivos / actividades | Indicadores | Responsable | 3° Trimestre | | | |
|--|---|---|--|--------------|------|-----|-------------|
| | | | | Prog | Real | % | Observación |
| 15 | Seguimiento y Evaluación de la implementación de los Manuales de Procesos estandarizados por el Ministerio de Salud | N° de Auditorías realizadas para evaluar la implementación del Proceso y Procedimientos Quirúrgicos estandarizado por el MINSAL | UOC y Equipo de Designado | NP | NP | NP | |
| 16 | Actualización de los Manuales de Organización | % de Dependencias con Manuales de Organización Actualizado | Unidad de Planificación | NP | NP | NP | |
| 17 | Fomentar el aprovechamiento y uso de las TIC | % de Sistemas y/o módulos Elaborados | Depto. de Informática | NP | NP | NP | |
| | | % de Dependencia en SIS | Jefes de División | NP | NP | NP | |
| 18 | Monitoreo del Proceso de Generación Oportuna de información estadística en los Sistemas Oficiales | % de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información | Unidad de EEIS a través de Estadística | 100% | 43% | 43% | |
| Objetivo: Fortalecer el proceso de mejora Continua de la gestión administrativa y de la Calidad | | | | | | | |
| 19 | Evaluar el funcionamiento de la Sala Situacional | Documento de Programación 2024 aprobada | Unidad de EEIS y Dirección | NP | NP | NP | |
| | | % de cumplimiento de la Programación | Unidad de EEIS Y Jefaturas designadas de acuerdo a la Programación | 100% | 67% | 67% | |

| N° | Objetivos / actividades | Indicadores | Responsable | 3° Trimestre | | | |
|----|--|---|---|--------------|------|------|--|
| | | | | Prog | Real | % | Observación |
| | | % de cumplimiento de acuerdos establecidos en las Sala Situacional | Designadas en los acuerdos y UEEIF | 100% | 84% | 84% | |
| | | Documento de Programación 2024 aprobada | Unidad de EEIS y Dirección | NP | NP | NP | |
| 20 | Realizar la Valoración de Riesgo Institucional 2025 | Documento Aprobado y divulgado | Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación | 100% | 100% | 100% | Fue realizada en el C.E.G e incorporada en el POAH - 2025 |
| 21 | Monitoreo y Evaluación de la Gestión de Riesgo Institucional (De acuerdo de a la Programación del Auditoría Interna) | Informe de actividades de Control realizadas | Jefaturas y Auditoría Interna | NP | NP | NP | |
| 22 | Formulación del POAI 2025 | Documento de Planificación y Calendarización del Proceso de Elaboración | Unidad de Planificación | 100% | 100% | 100% | Enviado vía correo electrónico de fecha 09 de agosto de 2024 |
| | | Plan Anual Operativo Institucional Aprobado y Divulgado | Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación | NP | NP | NP | |
| 23 | Monitoreo y Evaluación del POAI (último trimestre 2023 y del uno al tercer trimestre 2024) | % de Cumplimiento de las Actividades de Gestión programadas | Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación | 85% | 75% | 88% | El Resultado es el del 2° Trimestre 2024 |
| 24 | Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad | % de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica | UOC con el apoyo del Consejo Estratégico de Gestión | NP | NP | NP | |

| N° | Objetivos / actividades | Indicadores | Responsable | 3° Trimestre | | | |
|---|--|---|---|--------------|------|-----|-------------|
| | | | | Prog | Real | % | Observación |
| 25 | Evaluar el funcionamiento de los Comités de Apoyo a la Gestión Institucional | % de Cumplimiento de los Planes Operativos | Unidad Organizativa de Calidad | 85% | 71% | 84% | |
| 26 | Monitoreo y Evaluación de los Resultados del PERC (De las evaluaciones la primera será de los resultados del 2023 y la 2° Evaluación del resultado 2024) | % de Instrumentos de recolección de información ingresos mensualmente Sistema | Recursos Humanos, Estadística, División Administrativa, Unidad Financiera y Planificación | 100% | 86% | 86% | |
| | | N° de Evaluaciones | C.E.G. con el apoyo de la Comisión de Costos institucional | NP | NP | NP | |
| 27 | Actualizar y cumplir con el Plan de Supervisión Institucional | Documento 2024 actualizado y aprobado | Equipo de Supervisión y Dirección | NP | NP | NP | |
| | | % de Cumplimiento del Plan 2024 | Equipo de Supervisión | 100% | 0% | 0% | |
| | | Documento 2025 actualizado y aprobado | Equipo de Supervisión | NP | NP | NP | |
| Objetivo: Fortalecer el desarrollo de la gestión del Recurso Humano. | | | | | | | |
| 28 | Elaboración y monitoreo del Plan de Capacitación Institucional | Documento 2024 aprobado | Departamento de Capacitación y Dirección | NP | NP | NP | |
| | | % de Cumplimiento de Plan 2024 | Departamento de Capacitación | 100% | 60% | 60% | |

| N° | Objetivos / actividades | Indicadores | Responsable | 3° Trimestre | | | |
|---|---|---|---|--------------|------|------|---|
| | | | | Prog | Real | % | Observación |
| | | % de Capacitaciones realizadas a demanda adicionales del Plan de Capacitación | Departamento de Capacitación | 87% | 87% | 100% | |
| | | Documento 2025 aprobado | Departamento de Capacitación y Dirección | NP | NP | NP | |
| 29 | Implementar el Proceso de Mecanización y Actualización del Expediente Laboral | % de dependencias capacitadas en el uso del Sistema | Departamento de RRHH con el apoyo de la Dirección | AR | AR | AR | Se reprogramará para el 4° Trimestre |
| | | Informe de Resultados de la Implementación y funcionamiento del Sistema | Departamento de Recursos Humanos | NP | NP | NP | |
| Objetivo: Fomentar el cuidado y protección del medio ambiente y la Seguridad y Salud Ambiental | | | | | | | |
| 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 | Inspector de Saneamiento | 100% | 100% | 100% | Se realizaron 9 inspecciones, 3 supervisiones y 6 capacitaciones |
| | | Informe Mensual de Monitoreo del Plan de Reciclaje | Inspector de Saneamiento | 100% | 100% | 100% | Se reciclaron placas Radiológicas y tarimas, las cuales generaron un ingreso de \$554.00 y se realizaron 6 Capacitaciones |
| | | Informe de Monitoreo de la Calidad del Agua | Inspector de Saneamiento | 100% | 100% | 100% | Se realizaron 257 lecturas de cloro y 7 tomas de muestra en el período |
| 31 | Monitoreo y Evaluación de la Seguridad Ocupacional | Informe de Resultados | UOC a través del Comité de Seguridad | 100% | 100% | 100% | |

| N° | Objetivos / actividades | Indicadores | Responsable | 3° Trimestre | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|--------------|------|------------|-------------|
| | | | | Prog | Real | % | Observación |
| 32 | Realización de Simulacro de Emergencia | Informe de Resultado del Simulacro realizado | UOC a través del Comité de Emergencia | NP | NP | NP | |
| Porcentaje Promedio de Cumplimiento de los Objetivos Estratégicos | | | | | | 79% | |
| Porcentaje Promedio del Cumplimiento de las Actividades de Gestión | | | | | | 86% | |

Nota: Para efectos de calificación promedio:

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

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

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

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

Período evaluado: De julio a septiembre de 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 RISS | 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 | 99.74% | | | | |
| 2 | Mantener la Capacidad de Respuesta ante las necesidades requeridas por el Sistema de Salud | 11,12,13,14 | 74.80% | | | | |
| 3 | Impulsar el fomento y desarrollo de la Gestión de Calidad Institucional con enfoque en procesos | 15,18,19,24,25,27 | 55.39% | De las actividades incluidas en este resultado, las relacionadas con la Oportunidad de Generación de Información Estadística, funcionamiento de la Sala Situacional y el Plan de Supervisión, afectaron el cumplimiento esperado y los factores son por varias causas. | Se seguirá realizando el seguimiento por parte de los involucrados | 4° trimestre | UEEIS, Jefes de División y Dirección |
| 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 | 100.00% | | | | |

| 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 |
|--|---|---|--|---|--------------------------|--------------------------------|--------------------|
| 5 | Actualizar y Divulgar documentos normativos y de funcionamiento institucional | 16,20,21,22,23,26 | 93.48% | | | | |
| 6 | Desarrollar la Gestión de Recursos Humanos potenciando su capacidad y fomentar el desarrollo de la carrera sanitaria | 28,29 | 79.64% | | | | |
| 7 | Lograr que al menos el 50% de las dependencias del Hospital cuenten y aprovechen las herramientas informáticas oficialmente aprobadas | 17 | NP | | | | |
| 8 | Implementar el Plan de Emergencia Institucional que dé respuesta ante situaciones de emergencia sanitarias, pandemias y desastres | 32 | NP | | | | |
| Promedio de Resultados Esperados | | | 84% | | | | |
| Promedio de Resultados de Actividades Programadas | | | 86% | | | | |

CONSIDERACIONES DEL ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De julio a septiembre de 2024

1. Que, para lograr el compromiso en la consecución de los objetivos y resultados esperados, el proceso de Planificación, programación y evaluación institucional, debe realizarse de manera participativa y con los apoyos y coordinaciones necesarias para su cumplimiento oportuno.
2. La evaluación del Plan Anual operativo debe realizarse periódicamente, para lo cual es indispensable que los involucrados en el proceso realicen el seguimiento de lo programado y cumplan oportunamente con las fechas de entrega de la información o evidencia que permita evaluar el cumplimiento de las actividades bajo su responsabilidad.
3. Que el resultado de la evaluación y el análisis de los mismos es un compromiso de todos a fin de proporcionar a las autoridades los insumos de información necesarios para el establecimiento de planes y acciones de mejorar y para el fortalecimiento del proceso de toma de decisiones.
4. Que el Hospital sigue realizando esfuerzos para dar cobertura y atención de calidad conforme a la oferta de servicios, sin embargo, es necesario fortalecer las áreas de atención de mayor demanda con recursos calificados y especializados.
5. Que de las actividades de gestión programadas en el POAI-2024 a realizarse en el período de julio a septiembre, dos por diversas situaciones no se cumplieron y tres se han reprogramado, por lo que el resultado promedio obtenido de la evaluación ha sido del **79%** en los objetivos del Plan, el **86%** en las actividades de gestión y el **84%** de los Resultados Esperados.
6. Que en relación al cumplimiento de Metas de Producción, se realizó la evaluación, parcial, ya que solo se ha podido evaluar el cumplimiento de Metas de Producción de Hospitalización, Servicios Diagnósticos, de Apoyo, Tratamiento y Rehabilitación, de los datos registrados en SIMMOW y SEPS, pero Emergencia y Consulta Externa, no ha sido posible, porque al realizar la revisión de resultados, se encontraron diferencias en los registros, lo cual se debe a que el Hospital aún está en proceso de Implementación de SIS.
7. Que la Evaluación del tercer trimestre del POAI 2024, no se ha podido realizar con la oportunidad deseada y esperada, entre otras razones por falta de recurso humano en áreas de generación y procesamiento y análisis de datos; cambios en los sistemas de información y actividades emergentes suscitadas por epidemias o brotes de enfermedades y otros factores relacionados con la demanda de la RIIS para el Hospital.
8. Que los obstáculos encontrados al evaluar el cumplimiento del Plan, se consideren como oportunidades para mejorar la gestión y los procesos.

9. Las dependencias responsables de las actividades programadas que no se hayan cumplido con respecto a lo esperado, deberán efectuar la revisión de los resultados y realizar o establecer acciones de mejora o reajuste de las metas, así como el seguimiento oportuno que garantice la mejora continua de la gestión y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

10. Seguimiento del proceso de supervisión, monitoreo y seguimiento en las diferentes especialidades, para seguir brindando atención de calidad, así como el registro adecuado de las atenciones, que permita la identificación de factores de riesgo y la intervención oportuna en pro de la seguridad del paciente y el logro de los objetivos institucionales.