

**FECHA:** 30 Junio 2025

### DATOS GENERALES

**Lugar:** DCSNS  SRS  Hospital  CPN

**\*Nombre del lugar:** Hospital de Engombe

**Área:** Planificación y Desarrollo-Monitoreo & Evaluación

**Nombre de la Actividad:** Informe de Autoevaluación del Plan Operativo Anual (POA) Periodo Abril-Junio 2025

**Código POA (Si aplica):** HE-3.7.1.4.01

### INTRODUCCIÓN

Este informe presenta los resultados de la autoevaluación del Plan Operativo Anual (POA) 2025, correspondiente al segundo trimestre del año, realizada en el Hospital. La autoevaluación tuvo como propósito analizar el nivel de cumplimiento de las metas programadas, identificar oportunidades de mejora y fortalecer los procesos de monitoreo y evaluación como parte de la gestión basada en resultados.

Es importante señalar que el Plan Operativo Anual es un Instrumento que para el logro de los objetivos de la Gestión por lo que:

- Define las operaciones (acciones) necesarias.
- Estima el tiempo de ejecución.
- Determina los medios (Recursos Financieros y no financieros) requeridos.
- Designa a los responsables para el desarrollo de las operaciones.
- Establece de los resultados a obtenerse en el periodo que cubre.

La versión 2 del POA " POA -2025 Hospital Engombe. VFA" contempla un total de 487 actividades a desarrollarse en un año con periodicidad mensual, trimestral y anual por 30 áreas responsables.

El seguimiento del mismo se realiza diariamente por los responsables de M & E y reporta mensualmente al gestor principal del centro y al área de Monitoreo y Evaluación del Servicio Regional de salud Ozama.

### OBJETIVO DEL INFORME

Evaluar el grado de avance del POA 2025 durante el segundo trimestre así como identificar desviaciones en la ejecución y proponer acciones correctivas, en el marco de una gestión institucional orientada a la mejora continua.

### METODOLOGÍA (Si aplica)

Para la realización del presente informe se utilizó una metodología Mixta (cuantitativa/cualitativa) puesto que se ha basado en datos obtenidos a través de observaciones del desempeño de las acciones de las distintas áreas funcionales relacionadas con los indicadores de medición y autoevaluación cuantitativa según el cumplimiento de las evidencias verificadas.

- Instrumento aplicado: Matriz de autoevaluación del POA.
- Ámbitos evaluados: Asistencia clínica, gestión administrativa y financiera, servicios de apoyo, tecnología, bioseguridad y sistemas de información.
- Fuentes de información: Reportes trimestrales, evidencias documentadas, entrevistas breves con responsables de área y análisis de cumplimiento por indicador

### DESARROLLO / HALLAZGOS

Para este trimestre Abril-Junio 2025, habían programadas un total de 140 actividades programadas de las cuales 137 fueron ejecutadas y para un cumplimiento general de un 98 % lo que quiere decir que durante el segundo trimestre se alcanzó un nivel de cumplimiento general del 98% respecto a las metas programadas, lo que evidencia una ejecución eficaz de las acciones contempladas en el POA 2025. Sin embargo, se identificaron cuatro actividades críticas con niveles de ejecución por debajo del estándar esperado, lo cual requiere atención prioritaria para garantizar la sostenibilidad de los logros institucionales.

#### ACTIVIDADES CON DESEMPEÑO A MEJORAR

Actividad Evaluada	Cumplimiento	Observaciones
1. Rendición oportuna de indicadores administrativos y financieros (ingresos, facturación, nómina, deuda, ingresos odontología)	75%	La información se entrega de forma parcial, limitando la calidad del análisis financiero. Se requiere estandarizar procesos y fortalecer seguimiento.
2. Autoevaluación de Bioseguridad, Control de Infecciones e Higiene Hospitalaria	50%	No se completaron los instrumentos establecidos ni se consolidaron las evidencias. Existe un bajo nivel de apropiación del proceso por parte de las unidades responsables.
3. Registro de Referencias y Contrareferencias en la Red	33%	No se emplean los formularios estandarizados para dejar constancia documental de las referencias, lo que afecta la trazabilidad clínica e interinstitucional.
4. Actualización y Mantenimiento del Portal Web Institucional	66%	Aunque se realizaron actualizaciones, no se documentaron evidencias suficientes que respalden la ejecución de esta actividad.

### RESULTADOS / CONCLUSIONES

En términos de calificación general, se reflejan los siguientes resultados según el monitoreo al corte del segundo trimestre Abril-Junio 2025:

1. Pese a alcanzar un cumplimiento global sobresaliente, el análisis cualitativo evidencia brechas puntuales pero críticas que podrían afectar la sostenibilidad de los procesos institucionales. Las principales causas comunes incluyen:

- 1.1. Débil seguimiento interno a la ejecución documental de actividades.
- 1.2. Falta de uso estandarizado de instrumentos y formatos oficiales.
- 1.3. Escasa sistematización de evidencias en procesos transversales.
- 1.4. Desigual apropiación de responsabilidades operativas.

2. En 30 dependencias de este centro de salud, se obtuvieron un cumplimiento de 98 % con un alcance de un 100 % en relación a la meta.

3. Para los indicadores de producto: Porcentaje de cumplimiento del POA: 98%, Porcentaje de dependencias con un cumplimiento del POA mayor a 85%: 98 % y Porcentaje de dependencias con ejecución mensual de actividades programadas POA: 98%.

Definitivamente, el segundo trimestre del año 2025 muestra un desempeño institucional altamente satisfactorio con un cumplimiento del 98% de las actividades del POA. No obstante, la existencia de debilidades específicas en áreas críticas como bioseguridad, documentación de referencias, gestión de indicadores financieros y evidencia digital, obliga a redoblar esfuerzos para asegurar no solo el cumplimiento nominal, sino la calidad y la trazabilidad de la ejecución. La mejora continua debe ser entendida como un proceso integral, y no únicamente cuantitativa.

### RECOMENDACIONES

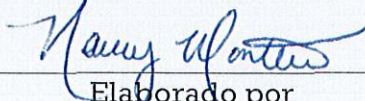
1. Formalizar un cronograma mensual de entrega de datos clave, con responsables designados y mecanismos de seguimiento.
2. Solicitar al Comité de Bioseguridad la socialización de la calendarización de las autoevaluaciones pendientes.
3. Capacitar al personal en el uso obligatorio de los formularios de referencia y contrarreferencia, y establecer controles periódicos de cumplimiento.
4. Solicitar sistema informático a fin de Implementar un registro digital automatizado de actualizaciones del portal institucional, con respaldo documental y bitácora de cambios.
5. Reforzar el acompañamiento técnico desde el área de planificación y monitoreo, con sesiones de retroalimentación trimestrales a las áreas funcionales con oportunidades de mejora.

### ANEXOS (Si aplica)

N/A

**Instrucciones de llenado:**

\*Indique nombre del lugar: Este campo sólo aplica para SRS, Hospital y CPN.

  
Elaborado por  
(Nombre y apellido)

