



HOSPITAL DOCENTE PADRE BILLINI

INFORME DE MONITOREO Y EVALUACION ENERO-JUNIO 2019

Elaborado por: Dra. Raiza Santana
Coordinadora De Planificación

Santo Domingo, D.N.
JULIO 2019



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
II. RESUMEN EJECUTIVO.	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
III. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS POR ÁREA FUNCION.....	4
IV. CONCLUSIONES FINALES	9
VI. RECOMENDACIONES	11

Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación y Desarrollo





I. INTRODUCCIÓN

El monitoreo y la evaluación son componentes esenciales en la ejecución de cualquier intervención y/o planificación, esta práctica asegura un adecuado uso de los recursos, permitiendo la mejora continua y facilitando establecer nuevas líneas de acción para abordar los problemas o necesidades a los usuarios internos y externos.

El siguiente informe corresponde al Monitoreo y Evaluación del Hospital Docente Padre Billini, durante el semestre enero-junio 2019. Este informe se sustenta en la matriz de Actividades Programadas del Plan Operativo Anual 2019, conjuntamente con el Servicio de Salud Metropolitana y el Servicio Nacional de Salud (SNS), respaldadas en las evidencias presentadas por los diferentes departamentos y/o áreas del hospital.

Se utilizó el método de comprobación In Situs de los medios de verificación que dan soporte a las acciones programadas para el semestre enero- junio en el POA 2019, que a su vez fueron ejecutadas, y se realiza con el objetivo de arrojar datos que contribuyan a mejorar el proceso de toma de decisiones en los casos que sea requerido, para así garantizar el cumplimiento, en el tiempo oportuno, de los objetivos y metas establecidas.

En la primera parte se presenta un resumen ejecutivo correspondiente a los resultados más relevantes del informe, donde se analizan los elementos principales en el desempeño del Hospital Docente Padre Billini, para luego realizar el análisis de los resultados del monitoreo, en función del Resultado Esperado, del Producto, las Actividades, los Medios de Verificación y el resultado obtenido, por último se presentarán las conclusiones generales del proceso de Monitoreo y Evaluación, concomitantemente con las recomendaciones que pudiesen ser consideradas para la orientación de algunas acciones a ser encaminadas por el Departamento de Planificación.


Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación y Desarrollo





II. RESUMEN EJECUTIVO.

En este Informe de Monitoreo y Evaluación correspondiente al período enero-junio 2019, es realizado atendiendo a los requerimientos del Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Regional Metropolitano, este informe, tiene como base las evidencias presentadas en función de los Resultados Esperados definidos, a través de Productos y actividades programadas, las cuales se han ido ejecutando según cronograma del semestre enero-junio 2019, programadas en la matriz del POA 2019.

Vale destacar que a pesar de que este centro hospitalario su infraestructura está siendo remozado debido a problemas estructurales, hemos podido alcanzar un logro de un 93%, esto como resultado de los niveles de responsabilidad de las autoridades y el equipo de trabajo para el cumplimiento de las actividades y acciones pautadas en el POA 2019, precisando que el no logro del 100% de nuestras actividades es debido a nuestra posición en estos momentos, así como a determinaciones tomadas por las autoridades superiores y que serán explicadas en el desarrollo de este informe.

Este instrumento nos ha permitido medir nuestros indicadores que se corresponde con la línea estratégica trazadas por el Servicio Regional de Salud Metropolitana y el Servicio Nacional de Salud, y a su vez, poder dar seguimiento para evaluar y medir el nivel de avance de las metas trazadas, ayudándonos en la implementación de mecanismos de mejoramiento continuo tanto de la gestión asistencial como de la gestión administrativa e institucional a través del seguimiento de las acciones y el cumplimiento de las metas pautadas.


Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación y Desarrollo





III. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS

El Plan Operativo Anual 2019, viene con directrices claras desde el SNS el cual ha descrito 11 prioridades directivas de las cuales nuestro centro comparte 8 de estas prioridades siendo estas las siguientes, según el orden descrito:

1. Desarrollo y Gestión de la Red de Servicio
2. Transparencia Institucional
4. Gestión y Control de la Planificación Institucional
6. Disminución de la Mortalidad Materna e Infantil
7. Gestionar y fortalecer el Talento Humano
8. Automatización Tecnológica
9. Cultura de Servicios y Gestión de Usuarios
11. Calidad de la Atención Clínica

El monitoreo y evaluación del semestre enero-junio 2019, se realizó en función de 13 Resultados Esperados, 20 Productos y 61 Actividades durante el referido período.

A continuación la evaluación correspondiente al referido semestre en base a las evidencias presentadas las cuales se referirán a las actividades más relevantes, es necesario indicar que algunas de las acciones no cumplidas tienen que ver: primero que nuestro centro su estructura está siendo reforzada y segundo el SNS dividió a los hospitales por etapa para ir formulando los procesos y los cuales debemos ser acompañados tanto por el SNS, el SRSM y el MAP

- **Despliegue estructura hospitalaria por nivel de complejidad.** Comentario: Para este producto se contempla una (1) actividad en el período que nos ocupa, sabiendo que para llevar a cabo dicha meta es necesario un acompañamiento del SRSM y el MAP.
 - Reunión para la socialización de la nueva estructura organizativa CEAS (01). A través de su evidencia (lista de participantes y minuta), esta actividad presenta un cumplimiento del 100%.
- **Fortalecimiento de la Planificación Institucional** Para este producto se contempla una (4) actividad.
 - **Levantamiento de los Proyectos de Cooperación finalizados** en el 2018 y en ejecución (1). A través de su evidencia (informe), expone la no existencia de proyectos, pero, como hospital de enseñanza tiene acuerdos con universidades, además de llevar acuerdos con el MSP en el Programa de Alto Costo donde se da cobertura a usuarios con enfermedades como Diálisis Renal y Peritoneal, Artritis Reumatoide, Hemofilia, entre otras. En ese orden, la eficacia y el cumplimiento en el área de competencia es de 100%.
 - **Monitoreo del Dashboard** (6). Este tablero de mando se compone de 10 indicadores divididos en 8 hospitalarios de los cuales solo nos compete 4 y 2 administrativos. A través de sus evidencias mostradas en sus informes enero-junio, y al promediar sus valores porcentuales presenta los siguientes resultados

Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación y Desarrollo





DASHBOARD DE:

#	NOMBRE DEL INDICADOR	META	TENDENCIA	LIMITE IN SATISFACTORIO	LIMITE SATISFACTORIO	20						PROMEDIO-ACUMULADO
						ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	
1	Porcentaje de cesáreas	<15%	DISMINUIR	>40%	>15% - <40%							0,0%
2	Porcentaje de Registro Electrónico de Nacidos Vivos	100%	MANTENER	<89%	>90% - <99%							.
3	Mortalidad Materna	0%	DISMINUIR	>90	>70 - <90							
4	Tasa de Mortalidad Infantil	18 x 1,000 nv	DISMINUIR	>25	>18 - <25							0
5	Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)	>90%	AUMENTAR	<74%	>75% - <89%	100,0%	100,0%	83,3%	100,0%	86,7%	30,0%	83,2%
6	Porcentaje de Registro Electrónico de Defunciones	100%	MANTENER	<89%	>90% - <99%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
7	Índice de Rotación de Camas	>50	MANTENER	<34	>35% - <49	12,3			62,8			37,5
8	Porcentaje de resolución de lista de espera quirúrgica	>65%	AUMENTAR	<40%	>40% - <65%	13,0%	14,6%	33,3%	41,2%	33,3%	22,7%	26,4%
9	ARS Privada Contratadas	>30%	AUMENTAR	<6%	>7% - <29%	90,5%	90,5%	90,5%	90,5%	90,5%	90,5%	90,5%
10	Nivel de Glosa en Facturación a ARS	<5%	DISMINUIR	>15%	>6% - <15%	0,5%	1,0%	0,5%	0,6%	0,3%	0,4%	0,6%

- **Modelo de Gestión de Calidad Institucional**
 - Modelo de Gestión de Calidad institucional. Comentario: Sesiones de trabajo Comité de Calidad (02). A través de sus evidencias (listas de participantes y las minutas), presenta una efectividad o cumplimiento del 100%.
- **Implementación de las NOBACI**, para este producto tenemos 3 actividades, para lo cual aún se está en las capacitaciones con las instituciones pertinentes para logro de metas
- **Plan de capacitación institucional**. Comentario: Para este producto se contempla tres (03) actividades:
 - Elaboración plan de capacitación CEAS (01). Por la evidencia presentada muestra una eficacia y cumplimiento del 100%.
 - Reunión técnica para socializar despliegue del plan de capacitación 2019 (01). Por la evidencia presentada muestra una eficacia y cumplimiento del 100%.
- **Aplicación encuesta de clima laboral (01)**. La Encuesta de Clima Laboral fue realizada por el departamento de Atención al Usuario conjuntamente con Planificación y dada su evidencia presentada, reporta un cumplimiento del 87%
- **Consolidación lista de espera por áreas de servicios (06)** las evidencias presentadas en sus seis informes, logra una eficiencia y cumplimiento del 100% de la metas.
- **Talleres capacitaciones en guías, normas y protocolos de atención (01)**. Por la evidencia presentada en su informe, muestra una eficacia y cumplimiento del 100%.


 Dra. Raiza Santana
 Coordinadora de Planificación y Desarrollo





- Plan de Contingencia a las Emergencias, desastres y catástrofe colectiva SRSM. Comentario: Para este producto se contempla tres (03)
 - Reunión para socializar el Plan de Emergencia, Desastres, y Catástrofe Colectiva del SRSM, definido por SNS con EE.SS, intrahospitalario (01). Por la evidencia presentada en su lista de participantes y minuta, logra un cumplimiento del 100%.
 - Reuniones de coordinación de eventos, preparación y respuesta operativos ante emergencias, desastres y catástrofes (02). Por la evidencia presentada en su lista de participantes, logra un cumplimiento del 100%.
- Mejora de la provisión de medicamentos e Insumos. Comentario: Para este producto se contempla dos (02) actividades
 - Seguimiento al fortalecimiento del SI del SUGEMI (01). Por la evidencia presentada en su informe, muestra un cumplimiento del 100%.
- Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios externas (01), realizada por Atención al Usuario y monitoreada por el Vice Ministerio de Garantía de la Calidad del MSP, Por las evidencias presentadas en el semestre se realizaron con eficacia y cumplimiento en un 100%.

CUADRO DE RESULTADO DE LAS ACCIONES EJECUTADAS:

1. SUBDIRECCION MEDICA

Cuadro No. 1. Dirección Administrativa: acciones realizadas enero - junio POA 2019

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecución	Areas Responsables
	P	E		
Talleres capacitaciones en guías, normas y protocolos de atención.	2	2	100%	Subdirección Medica
Mejora e Implementación de Sistemas de Gestión Farmacias	1	1	100%	Departamento de Almacen y Farmacia
Seguimiento al fortalecimiento del SI del SUGEMI	2	2	100%	Departamento de Almacen y Farmacia
Auditoria Calidad del dato de la producción de servicios del CEAS	1	1	100%	Epidemiología
Consolidación listas de espera por Area de servicios	6	6	100%	Unidad de Estadísticas
	12	12	100%	


 Dra. Raiza Santana
 Coordinadora de Planificación y Desarrollo





2. SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA

Cuadro No. 2 Dirección Administrativa: acciones realizadas enero - junio POA 2019

Actividad	Meta		% Ejecución de actividades	Análisis de Rendimiento	Área Responsable
	P	E			
Elaboración del Plan Anual Compras y Contrataciones 2020	1	1	100%		Subdirección Administrativa
Elaboración del Plan de Compra anual	1	1	100%		Subdirección Administrativa
Autoevaluación de las Norma básicas de Control Interno	1	0	0%	Se está en capacitación con la institución correspondiente, además de ser responsabilidad del SR Metropolitano	Subdirección Administrativa
Elaboración del Plan de Mejora de las NOBACI	1	0	0%	Esta actividad depende del SR Metropolitano	Subdirección Administrativa
Análisis de ejecución presupuestaria enfocada a la programación trimestral	2	2	100%		Departamento de Contabilidad
Análisis comportamiento pago	2	2	100%		Departamento de Contabilidad
Análisis de Gestión de Tesorería	2	2	100%		Departamento de Tesorería
Elaboración y análisis de los estados financieros del CEAS	2	2	100%		Departamento de Contabilidad
Seguimiento y análisis al proceso de facturación por venta de servicios a ARS en el CEAS	2	2	100%		Departamento de Seguros Médicos y Facturación
Actualización del Inventario CEAS	1	1	100%		Departamento de Servicios Generales
Elaboración del plan de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura	1	1	100%		Departamento de Servicios Generales
Descargo de equipos chatarra	1	1	100%		Departamento de Servicios Generales
	17	15	88%		

3. PLANIFICACION Y DESARROLLO

Cuadro No. 3 Planificación y Desarrollo acciones realizadas enero - junio POA 2019

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecución	Análisis de rendimiento	Áreas Responsables
	P	E			
Monitoreo del Dashboard de Gestión CEAS	6	6	100%		Departamento de Planificación
Levantamiento de procesos institucionales priorizados	1	1	100%		Departamento de Planificación
Autodiagnóstico CAF	3	0	0%	Reprogramada esta actividad depende del Servicio Regional Metropolitano para su ejecución	Unidad de Calidad / Planificación
Sesiones de trabajo comité de calidad	2	2	100%		Unidad de Calidad
Auditoría Calidad del dato de la producción de servicios del CEAS	1	1	100%		Epidemiología
Levantamiento y reporte producción de servicios	6	6	100%		Unidad de Estadísticas
Aplicación Encuesta de clima laboral	1	1	100%		Unidad de Atención al Usuario
Reunión para socializar el Plan emergencias, desastres y catástrofe colectiva del SRSM definido por SNS con EE.SS. intrahospitalario	1	1	100%		Departamento de Planificación
Reuniones de coordinación de eventos Preparación y respuesta Operativos ante emergencias, desastres y catástrofes	2	2	100%		Departamento de Planificación
Reunión para implementación del programa de veeduría ciudadana.	1	0	0%	Esta actividad fue reprogramada, depende de los lineamientos del SNS y SRM	Dirección
Reunión técnica de implementación de mejoras en ejecuciones del POA, según hallazgos de auditorías.	1	1	100%		Dirección
	25	21	84%		

Raiza Santana
Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación y Desarrollo





4. RECURSOS HUMANOS
Cuadro No. 4 Recursos Humanos: acciones realizadas enero - junio POA 2019

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecución	Areas Responsables
	P	E		
Reunión para socialización de la nueva estructura organizativa CEAS	1	1	100%	Recursos humanos
Elaboración al Plan de Capacitación del CEAS	1	1	100%	Recursos humanos
Reunión técnica para socializar despliegue del Plan de capacitación 2019.	1	1	100%	Recursos humanos
Elaboración Acuerdos Desempeño CEAS	1	1	100%	Recursos humanos
Evaluación Desempeño CEAS	1	1	100%	Recursos humanos
Taller Humanización de los Servicios de Salud	1	1	100%	Recursos humanos
	6	6	100%	

Fuente de información: Matriz Identificación de /Resultados/Productos/Actividades y Programación CEAS 2019

5. CUADRO EVALUACION NIVEL CUMPLIMIENTO
Cuadro No. 5 Evaluación nivel de cumplimiento enero - junio POA 2019

DIRECCION/DEPARTAMENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Subdireccion Medica	100%
Subdireccion Administrativa	88%
Direccion de Recursos Humanos	100%
Planificacion y Desarrollo	84%
TOTAL	93%

Raiza
Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación y Desarrollo



VI. CONCLUSIONES FINALES

En el desarrollo de este monitoreo y evaluación hemos podido notar que el personal de los centros hospitalarios no tienen la cultura de ser evaluados, por lo que se les dificulta tener los medios de verificación reservados, así mismo podemos ver los cambios en el área de gestión ya que el involucramiento de los colaboradores y el deseo de tanto de mantener como de mejorar la calidad de atención tanto en el área administrativa como asistencial es evidente.

Podemos ver que las actividades programadas para este semestre enero-junio 2019 pudieron ser ejecutadas en un 92% y las no ejecutadas se deben a prioridades tomadas por el Servicio Nacional de Salud y por ende el Servicio Regional de Salud Metropolitano.

Es de saberse que el SNS tiene definidos unos 32 hospitales como una primera etapa para la ejecución de ciertos procesos, grupo en el que no se encuentra el Hospital Docente Padre Billini, debido a que en estos momentos está siendo intervenido en su infraestructura.


Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación y Desarrollo





VII. RECOMENDACIONES

1. Establecer mecanismos de seguimiento en cada uno de los departamentos del hospital a fin de general y presentar las evidencias para la mejora de las acciones contempladas en el POA 2019.
2. Continuidad del compromiso en las diferentes áreas tanto administrativas como asistenciales para dar seguimiento al cumplimiento de las acciones del Plan POA 2019, para generar a tiempo los medios de verificación que soporten y garanticen la fiel ejecución de las mismas.
3. Que el Departamento de Planificación y Desarrollo determine las posibles causas que puedan dificultar la entrega a tiempo de las evidencias, para así diseñar acciones de mejoras con la finalidad de planificar y ejecutar a tiempo el logro del fiel cumplimiento de los objetivos del POA 2019.


Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación y Desarrollo

