

HOSPITAL PADRE BILLINI

Departamento De Planificación Y Desarrollo

INFORME DE MONITOREO Y EVALUACION Plan Operativo Anual (POA), 2021

Período Julio-Diciembre



Licda. María Altagracia Ramírez García
Encargada de Planificación y Desarrollo

ÍNDICE

I.	INTRODUCCION	3
II.	PRESENTACION.....	4
III.	PRESENTACION Y ANALISIS DE CADA AREA.....	5
IV.	PRODUCTOS CONTENIDOS EN EL PLAN OPERATIVO ANUAL (POA).....	6
V.	CONCLUSIONES.....	21

I. INTRODUCCIÓN

El **Plan Operativo Anual (POA)** es donde se plasman las metas que se quieren conseguir en la institución, regularmente durante un año. Dicho plan requiere tomar acciones para llevar a cabo las estrategias y así cumplir los objetivos planificados.

El siguiente informe se realiza para mostrar los avances del cumplimiento de las actividades que contiene el Plan Operativo Anual (POA) 2021 del Hospital Padre Billini, durante el monitoreo y evaluación del desempeño interno, correspondiente al segundo semestre de este año. En este presentamos cada actividad planificada con el porcentaje de ejecución y el área correspondiente.

A través del monitoreo interno realizado al equipo involucrado, hemos avanzado en cuanto a la presentación de las actividades solicitadas en el Plan Operativo Anual (POA), logrando que éstas sean realizadas con calidad y responsabilidad cada mes, junto a las evidencias en cada caso.

II. PRESENTACIÓN

Las estrategias contenidas en el Plan Operativo Anual (POA), para tomar acciones futuras, es de suma importancia para alcanzar las metas trazadas durante el año. Las actividades están orientadas a las prioridades directivas, establecidas por el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM).

Es importante realizar cada mes el monitoreo interno para documentar a través de un informe la entrega de las actividades que están en dicho Plan Operativo Anual, acción que realizamos con el equipo involucrado y se notifica a la Dirección y a la Administración del Hospital Padre Billini, para que tengan conocimiento del desarrollo de la actividad en cada departamento.

Después de realizado el monitoreo interno y tenemos todas las evidencias de las actividades, somos monitoreados por el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM), o por la Gerencia Nacional Distrito Este, a la cual pertenecemos.

Realizamos las mejoras sugeridas por el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM), después del monitoreo que ellos hacen, para cumplir con los procesos y que el desempeño sea de calidad.

A continuación mostramos parte de las actividades del Trimestre Julio-Septiembre 2021, con el porcentaje obtenido en el monitoreo correspondiente, mismo que realizó la Gerencia de Área Distrito Este.

III. PRESENTACION Y ANALISIS DE CADA AREA

Las pautas trazadas por el Servicio Nacional de Salud (SNS), en el año 2021, definidas para cumplir en nuestro Plan Operativo Anual (POA), persiguen 8 resultados esperados, 22 productos y 52 actividades.

Resultados definidos contenidos en el Plan Operativo Anual (POA), 2021

1. Redes de servicios integrados y con mayor resolución para coordinar la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; condicionados a las necesidades de salud y características de la población, con miras hacia la consecución progresiva del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
2. Incrementada la capacidad de respuesta que favorezca a disminuir la morbi-mortalidad resultantes de las emergencias y desastres, mediante la detección, preparación y mitigación de los eventos que suponen riesgos y amenazas, bajo un enfoque multisectorial que contribuya a la salud y seguridad de las personas
3. Desarrollo y mantenimiento de un modelo de evaluación de la entrega de servicios sanitarios con carácter igualitario y libre de discriminación, que promueva mediante la continua retroalimentación, la generación de mejores resultados en materia de salud lo que se traduzca en el aumento de la satisfacción de las personas con respecto a los servicios públicos de salud.
4. Garantizada la atención integral con calidad y oportunidad, mediante la coordinación clínica y asistencial de los servicios de salud.
5. Incrementar las competencias y resolución de los colaboradores, de acuerdo a la complejidad de sus funciones, las necesidades de salud de la población y los compromisos del sector.
6. Personal trabaja bajo un clima de satisfacción, realización personal y sentido de pertenencia hacia la institución.
7. Fortalecida la capacidad institucional mediante la optimización de los procesos, empoderamiento del talento humano, articulación interna, tecnologías de la información y la comunicación, la infraestructura física con el fin de mejorar la oferta institucional a la población en términos de calidad y eficiencia.
8. Mejorada la sostenibilidad financiera de la Red SNS mediante el control de gastos, saneamiento de las deudas e incremento de las distintas fuentes de financiamiento con el fin de garantizar la prestación de servicios en salud con oportunidad y eficiencia.

A continuación, presentamos las actividades de cada producto con el porcentaje ejecutado.

IV. PRODUCTOS Y ACTIVIDADES CONTENIDOS EN EL PLAN OPERATIVO ANUAL (POA)

1. Provisión de Servicios de Salud Bucal Individual y Colectiva.

Actividades	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Reportes servicios odontológicos.	6	0	0%	Reprogramada	Odontología

Los servicios odontológicos están en el POA todo el año y han sido reprogramados, debido al cierre de la infraestructura hospitalaria. Los odontólogos se trasladaron provisionalmente a otros centros, hasta la reapertura del hospital, es por eso que tiene un 0% de ejecución.

2. Mejora de la Provisión de Medicamentos e Insumos.

Actividades	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Reporte mensual de lo recibido por PROMESE-CAL Vs lo solicitado y por compra administrativa a la URGM.	6	6	100%		Almacén
Sesión del comité de Fármaco-Terapéutica.	2	2	100%		Farmacia

Durante este semestre Hubo compras administrativas que se realizaron a los proveedores DIAMELAB, FARCAH, IEROMED, CAR-M, DINAMED, ROFASA, GEEI, PROMEDICA Y GTG INDUSTRIAL, BIONUCLEAR, IDEMESA, MEGALABS, PHARNATECH, VERMEIL, LNC, ELPIROS, FARACH, SUED & FARGESA, LAMBDA.

Dichas compras administrativas se realizan debido a que PROMESE/CAL no tiene lo solicitado.

El Comité Fármaco Terapéutico se reunió en Septiembre y Diciembre, donde los miembros asistentes socializaron algunos temas y llegaron a acuerdos para hacer plan de mejora en Farmacia respecto al paciente y los servicios de reumatología y el inventario de los medicamentos a entregar a los pacientes, los cuales se están realizando como lo acordaron.

3. Fortalecimiento de los Servicios de Emergencia y Apoyo Ante Desastres en la Red.

Actividades	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Sesión del Comité de Emergencias y Desastres (de acuerdo a eventos y operativos).	2	2	100%		Calidad

En el mes de Septiembre el Comité de Emergencias y Desastres se reunió para coordinar las directrices requeridas para los días de Asueto Navideño. En el mes de diciembre el comité volvió a reunirse, para finalizar la agenda de las actividades navideñas, las cuales acordaron hacerlas en dos etapas.

- La primera etapa inicia el día 23 de diciembre a las 6:00 a. m. y culmina el 26 de diciembre a las 6:00 a. m.
- La segunda etapa inicia el día 30 de diciembre a las 6:00 a. m. y termina el día 02 de enero 2022 a las 6:00 a. m.

4. Fortalecimiento de la Red de Emergencias de Forma Humanizada, Eficiente y de Calidad.

Actividades	Meta		%Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Implementación del Modelo Integrado de Atención de Emergencias y Urgencias.	1	1	100%		Emergencia
Seguimiento RAC-TRIAJE Pacientes Salas de Emergencias Hospitalarias.	3	3	1000%		Emergencia
Mantenimiento del carro de paro en las salas de emergencias.	2	2	100%		Enfermería

La emergencia es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano, cualquier respuesta a una emergencia médica, dependerá de la situación del paciente y para ello en los hospitales se dispone de servicios de Emergencias o de Urgencias.

Existe un criterio fundamental que define Urgencias y Emergencias. Emergencia es donde se necesita asistencia rápida, de inmediato, para que no haya situaciones fatales. Urgencia es donde se necesita asistencia rápida, pero no brusca, se realiza en horas.

Las emergencias médicas deben asegurar una respuesta apropiada, eficiente y de calidad para el usuario, con el objetivo principal de reducir mortalidad y morbilidad del paciente que sufre una emergencia o una urgencia.

En los momentos actuales nos encontramos en un proceso de remodelación de toda la planta física de nuestro hospital, por que de forma física nuestras instalaciones no están adecuadas y no cuenta con las rutas definidas de urgencia y emergencia.

En tal sentido nuestro personal de emergencia se encuentra laborando de forma precaria prestando servicios en un limitado espacio, ubicado en sala de espera de unidad de hemodiálisis, en área equipada con 2 camillas ofreciendo servicios de estabilización a quienes lo requieren.

Nuestro personal está capacitado en RAC-TRIAGE manejando a los pacientes según el nivel de prioridad.

La implementación del modelo de Emergencia y Urgencia se lleva a cabo de forma implícita dando la atención a aquellos usuarios que ameriten de una intervención en el lugar donde se encuentran (sillón de hemodiálisis).

El Procedimiento de RAC-TRIAJE en el Hospital Padre Billini, no se está realizando adecuadamente, debido a que nuestras instalaciones están siendo remozadas; en este sentido, nuestro espacio físico es muy limitado, por lo que sólo contamos con un área pequeña de estabilización ubicada en la Unidad de Hemodiálisis, donde estabilizamos los pacientes para luego ser trasladados a otro centro de salud, según el nivel de complejidad del caso.

Debemos destacar que sólo contamos con un área de Trauma Shock, equipada en el lugar destinado para recepción, acogida y clasificación de todos los casos priorizando los casos de emergencias rojo y naranja. Nuestro personal ha sido capacitado y conoce sobre este procedimiento.

Recomendamos seguir capacitando a todo el personal que trabaja en la Sala de Emergencias sobre este procedimiento RAC-TRIAJE, para la correcta aplicación en cuanto sean habilitadas las nuevas instalaciones.

En cuanto al mantenimiento del carro de paro durante el primer trimestre, el trabajo se ha desarrollado de manera eficiente, a pesar de las limitaciones en cuanto al espacio físico y las herramientas para el desenvolvimiento en el trabajo.

En la Emergencia se han presentado paros y han sido reanimados y entubados los pacientes y el personal ha podido dar asistencia oportuna. Cuando hay eventualidades con un paciente, el carro se repone de inmediato tanto los medicamentos, material gastable y desechable. Se toma en cuenta la fecha de caducidad de los medicamentos y la esterilidad del material gastable y desechable.

5. Calidad en la Oferta de los Servicios a Través del Cumplimiento de los Protocolos Clínicos y Quirúrgicos.

Actividades	Meta		%Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Sesiones de los Comité de Calidad de los Servicios de Salud.	3	3	100%		Calidad
Seguimiento a la aplicación del listado de verificación de la cirugía segura.	2	2	1000%		Calidad
Actualización y reporte lista de espera quirúrgica.	6	6	100%		Sub-Dirección Médica

En las sesiones de los comités de calidad de los servicios de salud, en cuanto a los expedientes clínicos cumplen un 100% con la Norma Nacional de Expediente Clínico en cuanto a su organización y contenido, según informa la Dra. Eliana Ysabel.

La encargada del departamento de Atención al Usuario realiza varias veces las encuestas de satisfacción al usuario, según las últimas encuestas, se refleja un 87% de satisfacción.

Se realiza el seguimiento a la aplicación del listado de verificación de la cirugía segura. En este semestre se realizaron cirugías a los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis, de los cuales se les aplicó el protocolo a todos los pacientes, por lo cual el resultado es de un 100%.

Por el momento nuestro centro hospitalario continúa bajo remozamiento y nuestra lista de espera quirúrgica solo está conformada por los pacientes de la unidad de Hemodiálisis Dr. Erick Báez. Por asuntos de logística se programan pacientes para procedimientos en quirófano del Hospital Dr. Félix María Goico, según la disponibilidad de espacio en su agenda quirúrgica. Además, realizamos colocación de catéter temporal a cargo de cirugía vascular, con el apoyo de cirugía general, los mismos colocados en la unidad de hemodiálisis, según la necesidad del paciente, y generalmente se tratan de emergencias dialíticas por fallos del catéter a la hora de la diálisis programada o su retiro por las causas conocidas.

6. Programa de Gestión de Cita.

Actividades	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Sincerizar y actualizar las agendas médicas.	6	6	100%		Atención al Usuario

Cada mes se actualiza la agenda médica donde se informan los médicos que están de vacaciones, si hay algunos que están de licencia médica. Se realiza la información correspondiente a cada especialidad.

7. Fortalecimiento de la Gestión de Usuarios para la Adhesión a la Cultura de Servicios.

Actividades	Meta		%Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Encuesta de Satisfacción de Usuarios.	2	2	100%		Atención al Usuario
Seguimiento a la ejecución del plan de mejora acorde al resultado obtenido en las encuestas.	2	2	1000%		Atención al Usuario
Promoción de la cartera de servicios y procesos internos de gestión de usuarios.	1	1	100%		Atención al Usuario
Gestión de buzones de sugerencias.	2	2	100%		Atención al Usuario

El resultado obtenido en las encuestas realizadas en este semestre 2021 para saber el nivel de satisfacción de los usuarios que acceden y se le ofertan servicios está por encima del 80% de calificación.

En esta encuesta se observó que la amabilidad, la profesionalidad y los demás indicadores hay que mejorarlos. En la facilidad y rapidez del servicio brindado se obtuvo un 80.8 %, por lo que hay que mejorar este porcentaje y tomar las medidas para viabilizar este servicio.

En el mes de Septiembre siete (7) usuarios se quejaron por diferentes razones, entre reclamos, quejas, felicitaciones y agradecimientos. Dichas quejas fueron resueltas de inmediato con los usuarios. También hubo agradecimiento de un paciente, Agradecemos que los pacientes externen su sentir, lo cual permite que sigamos mejorando en cada área. En el último trimestre no hubo quejas ni sugerencias.

8. Estructuración de los Comités de Salud Hospitalarios Según el Reglamento 434-07.

Actividades	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Conformación de los comités hospitalarios.	1	1	100%		Calidad

En la actualidad tenemos 7 Comités Conformados, los cuales son los siguientes:

Comité de Bioética. Comité de Calidad. Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. Comité de Bioética. Comité de Farmacia y Terapéutica. Comité de Emergencias y Desastres. Comité de Expedientes Clínicos.

El Comité de Compras está pendiente de conformar, estamos solicitando al SRSB cubrir el recurso humano del área legal para completar dicho comité.

9. Estructuración de los Comités de Salud Hospitalarios según el Reglamento 434-08.

Actividades	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Reuniones de los comités hospitalarios.	3	3	100%		Calidad

Los representantes de los diferentes comités se reunieron para informar lo pertinente en cada caso, por ejemplo, El Comité de Calidad, a través de su encargada, informó sobre la preparación de las fiestas navideñas y el Comité de Emergencias y Desastres, a través de su representante informa que se tomarán las directrices planeadas en relación a los días festivos de navidad, que se harán en dos etapas.

La primera inicia del 23 de diciembre a las 6:00 a. m. al 26 de diciembre a las 6:00 a. m.

La segunda etapa es del 30 de diciembre a las 6:00 a. m. al 02 de enero 2022 a las 6:00 a. m.

El representante del Comité Fármaco Terapéutico, junto al Comité Administrativo informó, que están trabajando para hacer un plan y tomar medidas pertinentes para saber por qué PROMESE no despacha los medicamentos solicitados, pues la compra administrativa está muy alta.

La representante del Comité de Infecciones Asociadas a la Salud, informa que se sigue realizando los protocolos para la prevención de infecciones, instruye al personal de limpieza para mejorar la higiene en el hospital.

10. Conectividad de la Red.

Actividades	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Seguimiento al cumplimiento del proceso de Referencia y Contra referencia.	2	2	100%		Emergencia

El Proceso de Referencia y Contra Referencia para los pacientes de emergencia se cumple un 100% de los que ameritan internamiento, lo realizamos siguiendo los lineamientos de traslados interhospitalarios, y en cuanto a Contra referencia, se realiza de no contar con cartera de servicios y en su defecto si amerita internamiento, debido a que por el momento no contamos con área de internamiento en el centro, por remozamiento de las instalaciones.

En este sentido aplicamos el protocolo de traslado de nuestro Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSB). A los pacientes afectados por COVID-19 se les realiza el traslado a través de la Dirección del SRSB, previamente protocolizados.

11. Plan de capacitación Institucional.

Actividades	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Elaboración al Plan de Capacitación del CEAS 2022.	1	1	100%		Recursos Humanos
Seguimiento al desarrollo del Plan de Capacitación del CEAS 2021.	2	2	100%		Recursos Humanos

El plan de capacitación 2022 se realizó según las especificaciones del El Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) cuyas funciones están orientadas a formar y a desarrollar capacidades en los servidores públicos. Igualmente el correspondiente al año 2021 se ha realizado según las orientaciones especificadas y se envió al Servicio regional de Salud Metropolitano (SRSM) por requerimiento.

12. Política de Recursos Humanos (Clima y seguridad Laboral).

Actividades	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Implementación plan de mejora Encuesta de clima laboral (según aplique).	2	2	100%		Recursos Humanos
Evaluación Desempeño del Personal	1	1	100%		Recursos Humanos
Seguimiento al cumplimiento de horario en el CEAS	6	6	100%		Recursos Humanos

En relación al clima laboral estamos trabajando en la realización de un plan para implementarlo en la institución, verificando las áreas de mejora, para llevar a cabo.

Se le da seguimiento al cumplimiento de horario. Por la situación actual de remodelación que tiene el hospital y el personal está distribuido en diferentes áreas. El área administrativa se registra en un libro, en el INCART y en el área de hemodiálisis, el personal registra sus huellas dactilares.

El proceso de evaluación del desempeño del personal se realizó en el mes de noviembre, donde el encargado colocaba en el formulario suministrado, la calificación dada al personal bajo su mando. Dicha evaluación culminó con la firma de los evaluados y el personal que evaluó.

13. Implementación Protocolo Auditoría Calidad del Dato.

Meta			
------	--	--	--

Actividades	P	E	%Ejecución	Observación	Área Responsable
Autoevaluación de calidad de datos de reportes rutinarios.	2	2	100%		Estadísticas

La calidad reportada de los datos, es monitoreada conforme a las informaciones suministradas por los diferentes departamentos, El Departamento de Estadística verifica que todo esté en orden y si existe alguna anomalía debe tomar las medidas correspondientes para mejorarlas.

14. Fortalecimiento del Sistema de Información del CEAS.

Actividades	Meta		%Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Reporte de producción de servicios de salud de manera oportuna.	6	6	100%		Estadísticas

Esta actividad está todo el año, el departamento de Estadísticas alimenta el sistema y a final de mes debemos esperar que el Servicio Regional de Salud Metropolitana (SRSM) envíe los datos actualizados.

15. Fortalecimiento de la Planificación Institucional.

Actividades	Meta		%Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Elaboración de la Memoria Institucional 2021	1	1	100%		Planificación
Levantamiento de los Proyectos de Cooperación finalizados en el 2020 y en ejecución.	1	1	100%		Planificación
Auto diagnóstico de CAF.	1	1	100%		Calidad
Elaboración del Plan de Mejora CAF.	1	1	100%		Calidad
Seguimiento a la implementación del Plan de Mejora CAF.	2	2	100%		Calidad
Sesiones de trabajo comité de calidad.	3	3	100%		Calidad
Seguimiento a la implementación Carta Compromiso al Ciudadano (CCC).	2	2	100%		Calidad

En el mes de noviembre se hizo la Memoria Institucional 2020-2021 y fue enviada al Servicio Regional de Salud Metropolitana (SRSM). El Hospital Padre Billini no posee proyectos de cooperación finalizados ni en ejecución. Se envía a través de un formulario la información correspondiente al Servicio Regional de Salud Metropolitana (SRSM).

En este semestre se realizó La Guía de Auto diagnóstico Organizacional con el Modelo CAF, basado en la versión 2020 por el Ministerio de Administración Pública (MAP), busca que el Hospital Padre Billini, aplique dicho Modelo para identificar buenas prácticas y aplicarlas, para obtener resultados excelentes.

El Hospital Padre Billini, a través del Departamento de Calidad comenzó a hacer el Auto diagnóstico y el Plan CAF, según lo ha sugerido el Ministerio de Administración Pública (MAP), a través del Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM), mismo que está presentado en el POA 2021.

En las sesiones de trabajo del comité de calidad se socializó sobre el CAF, la Carta Compromiso, indicadores de ranking, resultados del POA, en lo cual los participantes aportaron sus ideas.

En cuanto al Seguimiento a la implementación Carta Compromiso al Ciudadano (CCC), actualmente hemos trabajado con distintos pasos, queda pendiente la matriz de atributo para proceder a enviar la documentación completa para su aprobación.

16. Fortalecimiento de la Estructura Tecnológica de la Red CEAS.

Actividades	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Soporte a los requerimientos tecnológicos internos.	2	2	100%		Cómputos
Readecuación de Infraestructura Tecnológica del CEAS.	1	1	100%		Cómputos

La supervisión de los equipos se realiza constantemente y se toma acción de inmediato cuando requieren los departamentos. En el mes de Agosto se hizo un inventario en el almacén de cómputos, para organizar los equipos y material gastable existentes.

17. Portales de Transparencia del CEAS.

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Actualización del portal de transparencia.	6	6	100%		OAI
Reunión de seguimiento al comité de medios web.	3	3	100%		Cómputos
Análisis y seguimiento al proceso de Quejas y Sugerencias del portal de Atención Ciudadana 311.	2	2	100%		OAI

El Hospital Padre Billini, Ofrece un servicio permanente de información veraz y oportuna a través del Portal de Transparencia, dando cumplimiento a la Ley No. 200-04 y a la Resolución No. 1/2018, como también a la nueva Resolución 002-2021; para que así nuestros Usuarios tengan informaciones actualizadas y a su servicio.

El comité de medios web da soporte con el objetivo de brindar información óptima y oportuna.

El Sistema 3-1-1 es el servicio del Gobierno de la República Dominicana cuyo propósito es la canalización de las denuncias, quejas, reclamaciones y sugerencias de los ciudadanos hacia las instituciones u organismos públicos a los que les corresponde dar respuesta a las mismas. Este Sistema 311, cuenta con una plataforma tecnológica que facilita el acceso, registro y seguimiento de los casos de manera segura y confiable.

18. Comité de Ética Institucional.

Actividades	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Seguimiento al Plan de la Comisión de Ética Pública.	2	2	100%		OAI

La Comisión de Ética del Hospital Padre Billini, sigue los lineamientos de la Dirección General de Integridad Gubernamental (DIGEIG) que como Órgano Superior, provee el plan de trabajo con las actividades programadas, para ser ejecutadas y evaluadas trimestralmente.

Los miembros de la Comisión de Ética participan en las reuniones convocadas por la DIGEIG, para dar a conocer informaciones actualizadas.

19. Implementación del Plan de Hostelería Hospitalaria.

Actividades	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Seguimiento a la implementación del plan de fortalecimiento de los servicios de hostelería hospitalaria.	2	2	100%		Calidad

Es de público conocimiento que las operaciones de servicio de salud del Hospital Padre Billini, desde el año 2018 son limitadas debido al proceso de reconstrucción del que es objeto el mismo. A pesar de esta realidad, la población es atendida de forma ininterrumpida en las áreas de Hemodiálisis, Alto Costo, Laboratorio e Imágenes y Consulta Externa, servicios de asistencia disponibles tanto en sus instalaciones (frente al hospital), como en las instalaciones del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART).

El proceso de atención a los pacientes se lleva a cabo de manera normal, implementando todos los protocolos de atención necesarios. El mantenimiento en cuanto a higiene se realiza diariamente en todas las áreas. Se realiza el protocolo necesario en cuanto a fumigación, tratamiento de agua y desinfección de las áreas. La ropa de cama se mantienen limpias y los baños son limpiados diariamente en todas las áreas.

20. Implementación del Plan de Mantenimiento e Infraestructura.

Actividades	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			

Actividades	P	E	% Ejecución	Observación	Área Responsable
Elaboración del plan de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura 2022.	1	1	100%		Servicios Generales
Seguimiento a la implementación del plan de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura 2021.	2	2	100%		Servicios Generales

Por el momento el Hospital Docente Padre Billini está en remodelación de su infraestructura. Sólo se da asistencia en la infraestructura donde está la Unidad de Hemodiálisis Dr. Erick Báez. En esta área se da el mantenimiento que se requiere y se amerite, igualmente en el INCART, donde estamos trabajando temporalmente, la Consulta Externa y Alto Costo. El mantenimiento de equipos médicos y de laboratorios, se realiza de acuerdo a las normas de mantenimiento con las fichas técnicas correspondientes.

21. Implementación del Sistema de Administración de Bienes.

Actividades	Meta		%Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Actualización trimestral del Inventario CEAS.	2	2	100%		Activo Fijo

El Activo Fijo tenía un monto de RD\$92,286,939.80, producto de la no actualización de los activos por diferentes razones, entre las cuales citamos la desvinculación del encargado del departamento en el mes de febrero del 2021.

En la actualidad estamos trabajando de manera coordinada con el área de Activo Fijo del SRSB, quien ha dado un soporte importante en este proceso para la utilización de formularios actualizados, cálculos de depreciación, etc.

Para el mes de septiembre 2021, el activo fijo disminuyó significativamente cuando comparamos con los RD\$92,286,939.80 de meses anteriores. Según el último cálculo, el valor preliminar de los activos es de \$23,309,071, representando una diferencia de \$68,977,869.00 equivalente al 75%.

En la actualidad, hemos registrado los activos adquiridos últimamente, los cuales se encuentran totalizados en la matriz realizada para los fines.

22. Fortalecimiento de la Gestión Financiera del CEAS.

Actividades	Meta		%	Observación	Área
	P	E			

			Ejecución	Responsable
Análisis de ejecución presupuestaria enfocada a la programación trimestral.	2	2	100%	Contabilidad
Análisis comportamiento pago.	2	2	100%	Administración
Análisis de Gestión de Tesorería.	2	2	100%	Contabilidad
Elaboración y análisis de los Estados Financieros del CEAS.	6	6	100%	Contabilidad
Seguimiento y análisis al proceso de facturación por venta de servicios a ARS en el CEAS.	2	2	100%	Facturación

En el mes de octubre 2021, se programaron ingresos de RD\$14, 770,723.31, y fueron ejecutados RD\$8, 380,023.66. En los egresos se programó un total de RD\$8, 013,412.18 y la ejecución fue de RD\$4, 826,990.27.

El Hospital Padre Billini fue cerrado estructuralmente en junio del 2018, a pesar de esta situación se realizó una programación presupuestaria en base a la apertura de todos los servicios. Debemos Señalar que solo se están dando algunas de las consultas externas en las edificaciones del INCART y el área de hemodiálisis que es donde se ha mantenido la mayor capacidad asistencial.

Producto de la situación de cierre temporal del hospital, hay una disminución importante en los ingresos y egresos en relación con lo presupuestado en el semestre Julio-Diciembre 2021.

El promedio de la deuda del periodo julio-septiembre 2021 fue de RD\$ 12,647,500.67, que al compararlo con el promedio del trimestre abril-junio 2021, se observó una disminución de RD\$8,435,758.44, equivalente al 40%.

El promedio de la deuda del periodo octubre-diciembre 2021 fue de RD\$5,993,696.05, que al compararlo con el promedio del trimestre julio-septiembre 2021, se observó una disminución de RD\$ 6,653,804.62, equivalente al 53%.

En sentido general, el indicador de la deuda ha experimentado disminuciones importantes al comparar los resultados mes tras mes, y de manera trimestral, evidenciándose un manejo adecuado de los recursos disponibles en la actualidad para estos fines.

Analizamos el periodo Octubre-Diciembre 2021, con el propósito de determinar las variaciones ocurridas en las diferentes partidas que componen los Estados Financieros. Se trata de un análisis sobre el comportamiento de las cuentas por cobrar, activo fijo e inventario registrados en el período indicado.

Hemos observado que en el trimestre Octubre-Diciembre 2021, los activos tuvieron un promedio de RD\$62, 389,203.38. En el caso de los pasivos, el promedio alcanzó el valor de RD\$7, 114,653.24, tendente hacia la baja. En adición a lo anterior, se observan los demás promedios del trimestre de los demás renglones.

El Activo Fijo se ha mantenido con un monto de RD\$23, 309,071.40 durante el trimestre octubre - diciembre, en el mes de septiembre del trimestre anterior se inició la actualización del mismo el cual estaba desactualizado.

Durante el trimestre octubre-diciembre 2021 el HPB ha realizado satisfactoriamente los pagos de transferencias programadas por fuente de financiamiento según recursos recibidos en dicho trimestre

Los desembolsos por ventas de servicios fueron realizados de la siguiente manera: 100 transferencias bancarias por un monto total de RD\$12, 533,092.90 y otros gastos bancarios por valor de RD\$18,741.13, y por el anticipo financiero fueron realizadas 58 transferencias por un monto total de RD\$9, 608,547.18 y otros gastos bancarios por RD\$13,960.49, para un total de desembolsos durante el trimestre de RD\$22, 174,341.70.

Cada soporte de transferencia realizada está debidamente auditado por la unidad de auditoría de la Contraloría General de la República con asiento en el HPB.

La documentación sustentante de las transferencias está adecuadamente colocada en sus respectivas carpetas por orden ascendente y fuente de financiamiento.

Cada mes tiene las carpetas requeridas según la cantidad de expedientes, a la cual se anexa la relación de transferencias y consolidado de gastos.

Entre las gestiones de tesorería realizamos las retenciones de los impuestos establecidos y elaboramos las comunicaciones para la Dirección General de Impuestos Internos a solicitud de los interesados.

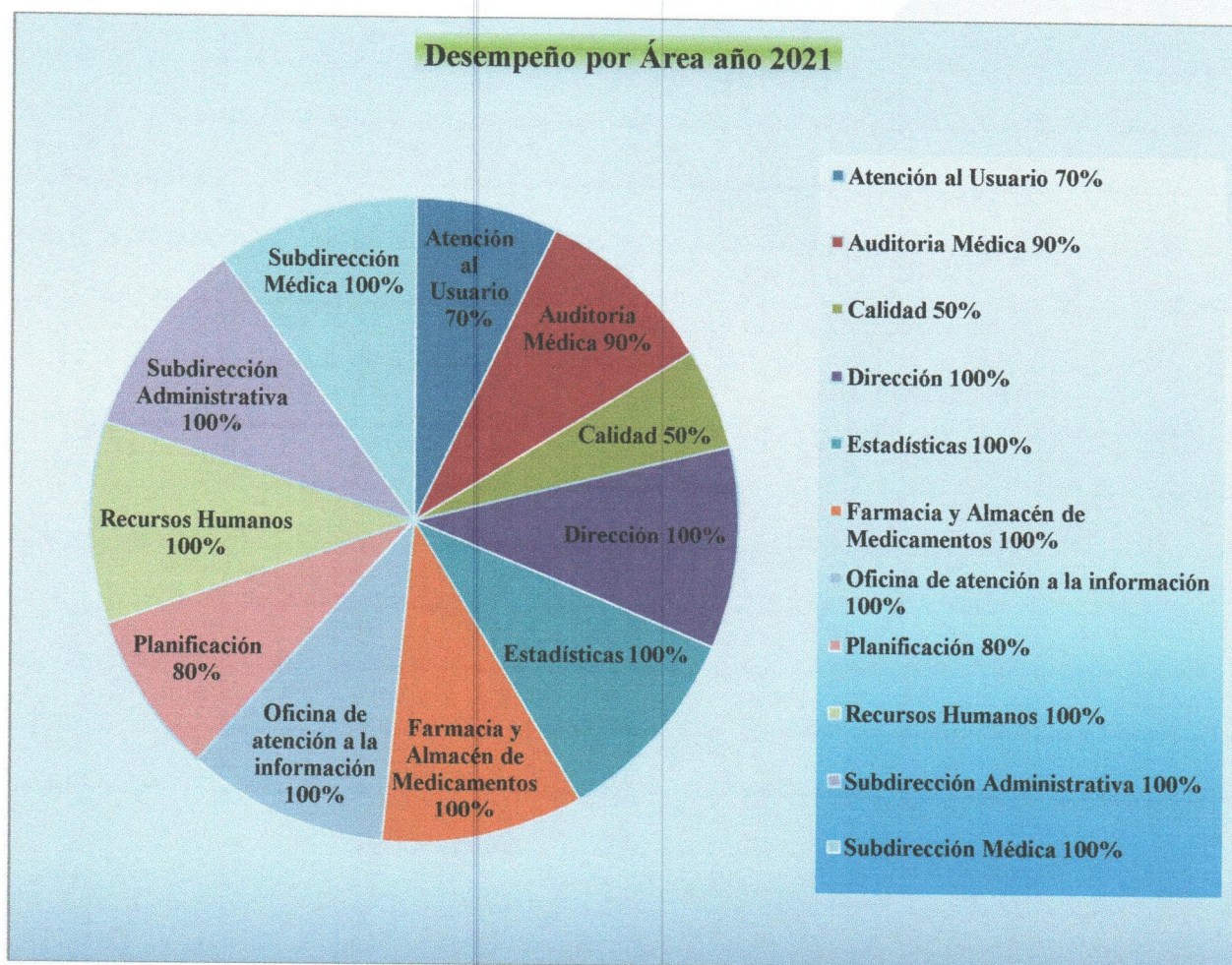
23. Disminución de Objeciones Médicas.

Actividades	Meta			Observación	Área Responsable
	P	E	%Ejecución		
Auditoría concurrente de los expedientes clínicos.	6	6	100%		Auditoría Médica
Seguimiento a los planes de mejora para disminución de las objeciones médicas.	2	0	0%		Auditoría Médica

El 100% de los expedientes auditados cumplen con el ordenamiento y lineamientos establecidos en la norma 32 de expediente clínico y con manejo apegado a los protocolos establecidos por el ministerio de salud según el diagnóstico en cuestión.

Se implementa cada mes las medidas correctivas correspondientes y concernientes a las glosas, revisando las causas y se socializa con el personal involucrado en cada una de ellas.

A continuación mostramos el desempeño de cada departamento durante este segundo semestre 2021.



V. CONCLUSIONES

- Tras el monitoreo implementado por el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM), hemos realizado con mejor efectividad el monitoreo interno, llevando a cabo las mejoras que nos han sugerido. Todas las actividades programadas en el Plan Operativo Anual (POA), durante este semestre Julio – Diciembre 2021, fueron ejecutadas, en un 100%, excepto los Reportes de Servicios Odontológicos, los cuales no se llevan a cabo, debido al cierre por remodelación de la infraestructura que tiene el hospital.
- Establecer compromisos para cumplir las estrategias de cada gestión, dar prioridad a lo necesario y comunicar de forma directa las acciones a tomar con todos los involucrados, para obtener un resultado óptimo.
- Hemos presentado las actividades plasmadas en el periodo ya señalado y se ha dado una pequeña explicación de cada una. Como equipo sugerimos que cada persona involucrada haga los aportes y propuestas de mejora de las actividades que le corresponda de manera oportuna. De esa manera se hace más viable aplicar las mejoras sugeridas y tomar acción correctiva inmediata.
- Realizar reuniones integrales habituales con todos los actores que fomenten la socialización, comprensión y novedades (actualización), de los temas y actividades definidas en el POA.


Licda. María Ramírez
Encargada de Planificación y Desarrollo

