



HOSPITAL DOCENTE PADRE BILLINI

INFORME DE MONITOREO Y EVALUACION Julio-Diciembre 2019

Elaborado por: Dra. Raiza Santana
Coordinadora De Planificación





ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. RESUMEN EJECUTIVO.	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
III. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS POR ÁREA FUNCION.....	5
IV. CONCLUSIONES FINALES	11
VI. RECOMENDACIONES	12

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 julio-diciembre 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 julio-diciembre 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.

II. RESUMEN EJECUTIVO.

En este Informe de Monitoreo y Evaluación correspondiente al período enero-junio 2019, es realizado atendiendo a los requerimiento 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, la cuales se han ido ejecutando según cronograma del semestre Julio-Diciembre 2019, programadas en la matriz del POA 2019.

Vale recordar que a pesar de que este centro hospitalario su infraestructura está siendo remozado debido a problemas estructurales, hemos podido alcanzar un logro de un 92% 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 la readecuación de nuestra infraestructura, así como prioridades del SNS

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.

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

De los cuales solo aplican para este semestre 6 prioridades directrices: **Desarrollo y Gestión de la Red de Servicio, Transparencia Institucional, Gestión y Control de la Planificación Institucional, Gestionar y fortalecer el Talento Humano, Cultura de Servicios y Gestión de Usuarios, Calidad de la Atención Clínica.**

El monitoreo y evaluación del semestre julio-diciembre 2019, se realizó en función de 12 Resultados Esperados, 14 Productos y 56 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 los cuales debemos ser acompañados tanto por el SNS, el SRSM y el MAP.

- 1. Fortalecimiento de la Planificación Institucional** Para este producto se contempla una (4) actividad, las cuales fueron ejecutadas en un 100%.

- 1.1. Elaboración del POA 2020 (1): actividad realizada en reunión de trabajo realizada por el Servicio Regional Metropolitana.
- 1.2. Elaboración del Plan Anual de Compra PACC 2020 (1): actividad que estaba programada para el mes de febrero, debido a que era necesario una capacitación por parte del Ministerio de Planificación y Desarrollo que fue realizada en el agosto, se realizó esta actividad en el mes de nov.
- 1.3. Elaboración de las Memorias Interinstitucional (1):
- 1.4. 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 de julio-diciembre, y al promediar sus valores porcentuales presenta los siguientes resultados:

TABLERO DE MANDO

DASHBOARD DESEMPEÑO CEAS

#	NOMBRE DEL INDICADOR	META	TENDENCIA	LIMITE INSATISFACTORIO	LIMITE SATISFACTORIO	2019												PROMEDIO ACUMULADO
						ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
1	Porcentaje de cesáreas	<15%	DISMINUIR	>40%	>15% - <40%													
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%	85,7%	30,0%	100,0%	63,6%	66,7%	85,7%	100,0%	100,0%	85%
6	Porcentaje de Registro Electrónico de Defunciones	100%	MANTENER	<89%	>90% - <99%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	97,9%
7	Índice de Rotación de Camas	>50	MANTENER	<34	>35% - <49	12,3			62,8			83,5			376,0			177,8
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%	15,4%	44,1%	21,4%	14,9%	16,7%	45,0%	26,3%
9	ARS Privada Contratadas	>30%	AUMENTAR	<6%	>7% - <29%	90,5%	90,5%	90,5%	90,5%	90,5%	90,5%	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%	0,9%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,4%

2. **Modelo de Gestión de Calidad Institucional** para este producto tenemos 6 actividades programadas de las cuales fueron ejecutadas en un 33%, debido a que las primeras 4 actividades han sido reprogramadas debido a que el SNS y el Servicio Regional Metropolitana son quienes eligen los centros hospitalarios para la capacitación e implementación de este proceso.

2.1. Implementación del Plan de Mejora CAF (1)

2.2. Mesas de seguimiento a los planes de mejora producto del informe de retorno y las auditorías de calidad (3)

2.3. 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%.

3. **Fortalecimiento de la gestión financiera de la Red 8 actividades en total programadas las cuales fueron ejecutadas en un 100%**

3.1. Análisis de ejecución presupuestaria enfocada a la programación trimestral (2) Informes realizados por áreas administrativas.

3.2. Análisis comportamiento pago (2) Informes realizados por área administrativa

3.3. Elaboración y análisis de los estados financieros del CEAS (2) Informes realizados por área administrativa.

3.4. Seguimiento y análisis al proceso de facturación por venta de servicios a ARS en el CEAS (2) Informes realizados por el área de Auditoría Médica.

4. **Implementación del Sistema de Administración de Bienes**, para este producto se tiene una (1) actividad la cual no fue realizada debido al cierre de la infraestructura debido a readecuación.
 - 4.1. Elaboración del plan de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura
5. **Protocolo Auditoría Calidad del Dato** (1) actividad programada con un cumplimiento de un 100%
 - 5.1. Auditoría Calidad del dato de la producción de servicios del CEAS, informe realizado por el área de calidad
6. **Despliegue del sistema de información de producción de servicios**(6) actividad programada con un cumplimiento de un 100%
 - 6.1. Levantamiento y reporte producción de servicios, reporte realizado por levantamiento de estadísticas mensuales.
7. **Plan de Comunicación Estratégica del SNS** 1 actividad para este trimestre, aunque se ha trabajado la cartera de servicio, no ha sido publicada en espera de entrega del centro el cual está en readecuación, por lo que solo se ha realizado la divulgación de manera digital, por lo que su cumplimiento es de un 90%
 - 7.1. Divulgar la cartera de servicios actualizadas en medios de comunicación institucionales, medio de verificación cartera de servicio actualizada y publicada.
8. **Plan de capacitación institucional.** Comentario: Para este producto se contempla tres (03) actividades las cuales muestra un cumplimiento de un 100%
 - 8.1. Reunión técnica para socializar despliegue del plan de capacitación 2019 (03)
9. **Política de Recursos Humanos (Clima y seguridad Laboral) 3 actividades programadas para un 100% de cumplimiento.**
 - 9.1. Aplicación encuesta de clima laboral (02). Las Encuesta de Clima Laboral fue realizada por el departamento de calidad conjuntamente con Planificación.
 - 9.2. Evaluación Desempeño CEAS (1) realizada por el departamento de recursos humanos.
10. **Calidad de la Atención** (8) actividades programadas para este semestre con un cumplimiento de un 87.5%, aunque el programa de saneamiento no ha sido implementado debido a que depende del SNS para la capacitación e implementación., se han mantenido capacitaciones internas de bioseguridad y se monitorea por el área de epidemiología el debido manejo de la residuos hospitalarios.
 - 10.1. Consolidación lista de espera por áreas de servicios (06) las evidencias presentadas en sus seis informes por el área de cirugía.
 - 10.2. Talleres capacitaciones en guías, normas y protocolos de atención (01). Cumplimiento verificado por evidencia presentada en su informe.



- 10.3. Seguimiento de la implementación del programa de Saneamiento, Gestión de Desechos y Residuos Sólidos(1)
11. **Plan de Contingencia a las Emergencias, desastres y catástrofe colectiva SRS.**
Comentario: Para este producto se contempla una (01) actividad con un cumplimiento de un 100%
- 11.1. Reuniones de coordinación de eventos, preparación y respuesta operativos ante emergencias, desastres y catástrofes (02), evidencia presentada en su lista de participantes.
12. **Mejora de la provisión de medicamentos e Insumos.** Comentario: Para este producto se contempla dos (02) actividades con un cumplimiento de un 100%
- 12.1. Seguimiento al fortalecimiento del SI del SUGEMI (01). Cumplimiento verificado por la evidencia presentada en informe.
13. **Acceso a Servicios Diagnósticos y Gestión de Sangre Segura** (1) actividad programada con un cumplimiento de un 100%
- 13.1. Seguimiento a la ejecución del plan de fortalecimiento de los servicios de laboratorio y servicios de transfusión
14. **Gestión Usuarios en EE.SS PNA y CEAS.** (3) actividades programadas y con un cumplimiento de un 67% debido a que una de las actividades no pudo ser cumplida debido a la situación de readecuación del hospital.
- 14.1. Instalación y promoción de la cartilla de deberes y derechos de los usuarios de los servicios de salud (señalización) (reprogramada)
- 14.2. Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios externas (02), realizada por las áreas de Calidad y Planificación, cumplimiento verificado por las evidencias presentadas.



CUADRO DE RESULTADO DE LAS ACCIONES EJECUTADAS:

1. SUBDIRECCION MEDICA

Cuadro No. 1. Dirección Administrativa: acciones realizadas julio-diciembre POA 2019

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecucion	Análisis de Rendimiento	Area Responsable
	P	E			
Seguimiento al fortalecimiento del SI del SUGEMI	2	2	100%		Farmacia
Instalación y promoción de la cartilla de deberes y derechos de los usuarios de los servicios de salud (señalización)	1	0	0%	Reprogramada debido a readecuación del hospital	Atención al Usuario
Consolidación listas de espera por Área de servicios	6	6	100%		Cirugía
Seguimiento de la implementación del programa de Saneamiento, Gestión de Desechos y Residuos Sólidos	1	0	0%	Reprogramada debido a que depende del SNS quien esta dando las capacitaciones para esta implementación	Calidad
Divulgar la cartera de servicios actualizadas en medios de comunicación institucionales	1	1	100%	Solo se ha divulgado de forma electronica	Comunicaciones / Atención al Usuario
Auditoria Calidad del dato de la producción de servicios del CEAS	1	1	100%		
	12	10	83.3%		

2. SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA

Cuadro No. 2 Dirección Administrativa: acciones realizadas julio-diciembre POA 2019

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecucion	Análisis de Rendimiento	Area Responsable
	P	E			
Análisis de ejecución presupuestaria enfocada a la programación trimestral	2	2	100%		Contabilidad
Análisis comportamiento pago	2	2	100%		Contabilidad
Elaboración y análisis de los estados financieros del CEAS	2	2	100%		Administrativo
Seguimiento y análisis al proceso de facturación por venta de servicios a ARS en el CEAS	2	2	100%		Auditoria/ Facturacion
Elaboración del plan de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura	1	0	0%	Reprogramada debido a readecuación de infraestructura	Servicios Generales
Elaboración del Plan Anual Compras y Contrataciones 2020	1	1	100%		Compras
	10	9	90%		

3. PLANIFICACION Y DESARROLLO

Cuadro No. 3 Planificación y Desarrollo acciones realizadas julio-diciembre POA 2019

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecucion	Análisis de Rendimiento	Area Responsable
	P	E			
Elaboración del POA 2020	1	1	100%		Planificación
Elaboración de la Memoria Institucional 2019	1	1	100%		Planificación
Monitoreo del Dashboard de Gestión CEAS	6	6	100%		Planificación
Sesiones de trabajo comité de calidad	2	2	100%		Calidad
Levantamiento y reporte producción de servicios	6	6	100%		Estadísticas
Reuniones de coordinación de eventos Preparación y respuesta Operativos ante emergencias, desastres y catastrofes	1	1	100%		Planificación
Mesas de seguimiento a los planes de mejora producto del informe de retorno y las auditorías de calidad	3	1	33%	Se ha realizado capacitaciones internas, ya que estas actividades dependen del SNS	Planificación
Seguimiento a la ejecución del plan de fortalecimiento de los servicios de laboratorio y servicios de transfusión	1	1	100%		Planificación
Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios	2	2	100%		Calidad
	23	21	91%		

4. RECURSOS HUMANOS

Cuadro No. 4 Recursos Humanos: acciones realizadas julio-diciembre POA 2019

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecucion	Análisis de Rendimiento	Area Responsable
	P	E			
Reunión técnica para socializar despliegue del Plan de capacitación 2019.	3	3	100%		RRHH
Aplicación Encuesta de clima laboral	2	2	100%		RRHH/ Calidad
Evaluación Desempeño CEAS	1	1	100%		RRHH
Talleres capacitaciones en guías, normas y protocolos de atención.	2	2	100%		RRHH
Taller Humanización de los Servicios de Salud	1	1	100%		RRHH
	9	9	100%		

5. CUADRO EVALUACION NIVEL CUMPLIMIENTO

Cuadro No. 5 Evaluación nivel de cumplimiento julio-diciembre POA 2019

Dirección /Departamento	Nivel de Cumplimiento
SUBDIRECCION MEDICA	83.30%
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	90%
PLANIFICACION Y DESARROLLO	91%
DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS	100%
TOTAL DE CUMPLIMIENTO	92%

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



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, pero las socializaciones y capacitaciones han permitido experimentar cambios visibles, aunque a veces se dificulta tener los medios de verificación debido a que existen colaboradores que se niegan a los cambios, aunque no así en las áreas administrativas ya que podemos ver los cambios en la gestión y el involucramiento y el deseo de mejorar constantemente los indicadores como la calidad de atención.

Podemos ver que las actividades programadas para este semestre julio-diciembre 2019 pudieron ser ejecutadas en un 90% y las no ejecutadas fueron reprogramadas debido 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 procesos para la mejora de la calidad hospitalaria, debido a la readecuación a que esta siendo objeto este hospital fue postergado para una próxima fase.





VII. RECOMENDACIONES

1. Mantener 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 2020.
2. Continuidad del compromiso en las diferentes áreas tanto administrativas como asistenciales para dar seguimiento al cumplimiento de las acciones del Plan POA 2020, para generar a tiempo los medios de verificación que soporten y garanticen la fiel ejecución de las mismas.
3. Determinar las causas que dificultan 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 2020.


Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación

