

INFORME DE MONITOREO Y EVALUACION ENERO-JUNIO 2020

Elaborado por: Dra. Raiza Santana
Coordinadora De Planificación

Santo Domingo, D.N.



1

Dra. Raíza Santana
Coordinadora de Planificación



ÍNDICE

I.	INTRODUCCION	3
II.	RESUMEN EJECUTIVO.....	4
III.	PRESENTACION Y ANALISIS.....	5
IV.	CUADRO DE RESULTADOS	13
V.	ACTIVIDADES NO PROGRAMADAS.....	16
VI.	CONCLUSIONES FINALES	18
VII.	RECOMENDACIONES.....	19



I. INTRODUCCIÓN

El siguiente informe corresponde al Monitoreo y Evaluación del Hospital Docente Padre Billini, durante el semestre enero-junio 2020. Este informe se sustenta en la matriz de Actividades Programadas del Plan Operativo Anual 2020, 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 2020, 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.

3



II. RESUMEN EJECUTIVO.

En este Informe de monitoreo y evaluación correspondiente al período enero-junio 2020, es realizado atendiendo al 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, los cuales se han ido ejecutando según cronograma del semestre enero-junio 2020, programadas en la matriz del POA 2020.

Vale destacar que a pesar de que este centro hospitalario su infraestructura sigue siendo intervenida debido a problemas estructurales, hemos podido alcanzar un logro de un 85%, 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 2020, precisando que el no logro del 100% de nuestras actividades es a determinaciones tomadas por las autoridades superiores, que serán explicadas en el desarrollo de este informe, así como a la declaratoria de epidemia del COVID-19.

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.

4


Dra. Raiza Sanabria
Coordinadora de Planificación



III. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS

El Plan Operativo Anual 2020, 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
3. Gestión y Control de la Planificación Institucional
4. Disminución de la Mortalidad Materna e Infantil
5. Gestionar y fortalecer el Talento Humano
6. Automatización Tecnológica
7. Cultura de Servicios y Gestión de Usuarios
8. Calidad de la Atención Clínica

El monitoreo y evaluación del semestre enero-junio 2020, se realizó en función de 14 Resultados Esperados, 19 Productos y 124 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, así mismo debido a la pandemia del COVID-19, hay actividades que han sido reprogramadas, ya que se han tenido que realizar actividades no programadas para poder cumplir con la asistencia de una manera oportuna y mantener las medidas señaladas por el Ministerio de Salud Pública, el Servicio Nacional de Salud y Organismos internacionales.

5


Dra. Raiza Castañeda
Coordinadora de Planificación



Resultado Esperado 1.1. Gestión Administrativa y Estratégica fortalecida

Producto 1.1.1. Fortalecimiento de la Planificación Institucional Para este producto se contempla una (4) actividades, las cuales fueron ejecutadas en un 100%.

- 2.1.1.1 Reunión Técnica para elaboración de POA 2021: (1) Reunión de trabajo realizada vía Zoom para coordinación con los actores responsables en reunión de trabajo.
- 2.1.1.2 Elaboración del POA 2021 (1)
- 2.1.1.3 Elaboración del PACC 2021 (1)
- 2.1.1.4 Seguimiento del cumplimiento del Dashboard de Gestión NE: (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

#	NOMBRE DEL INDICADOR	META	TENDENCIA	LIMITE INSATISFACTORIO	LIMITE SATISFACTORIO	DASHBOARD DESEMPEÑO CEAS						PROMEDIO-ACUMULADO
						2020						
						ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	
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%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
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	62.3		8.0				53.0
8	Porcentaje de resolución de lista de espera quirúrgica	>65%	AUMENTAR	<40%	>40% - <65%	5.6%	40.9%	0.0%	0.0%			11.6%
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%	0.1%	0.1%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.7%

Producto 1.1.2. Modelo de Gestión de Calidad Institucional

- 1.1.2.1. Auto diagnóstico CAF (4) Actividades sin realizar debido a que depende del Servicio Regional Metropolitano el inicio de este proceso.
- 1.1.2.2. Sesiones de trabajo comité de calidad (2) A través de sus evidencias (listas de participantes y las minutas), presenta una efectividad o cumplimiento del 100%.

Producto 1.1.3. Desarrollo de un sistema de monitoreo de la calidad del servicio

- 1.1.3.1. Monitoreo a la producción: (2) Presenta un cumplimiento de un 100%
- 1.1.3.2. Conformación de Comités hospitalarios: reconfirmación del comité de Emergencias y Desastres para un 100% de cumplimiento

Resultado Esperado 1.2. Promovida la gestión eficiente, que facilite la comunicación, coordinación y control de la red del SNS

Producto 1.2.1. Portales de Transparencia de la Red SNS

- 1.2.1.1. Actualización del portal de transparencia (6)
- 1.2.1.2. Conformación comité de medios web (OAI, Comunicaciones, Jurídica, TIC) (1)
- 1.2.1.3. Reunión de seguimiento al comité de medios web (2)
- 1.2.1.4. Análisis y seguimiento al proceso de Quejas y Sugerencias del portal de Atención Ciudadana 311 (2).

Con un cumplimiento de un 100% en estas actividades

Resultado Esperado 1.3. Racionalizado el uso de los recursos financieros y económicos (inventarios, bienes y equipos)

Producto 1.3.1. Implementación del Sistema de Administración de Bienes

- 1.3.1.1. Actualización trimestral del Inventario CEAS (2)

7


Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación



- 1.3.1.2. Elaboración del plan de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura (1)
 - 1.3.1.3. Implementación del plan de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura
 - 1.3.1.4. Reporte y descargo equipo chatarra
- Actividades completadas en un 100%

Resultado Esperado 1.3. Incremento de la sostenibilidad financiera de la red, mediante la implementación de un modelo de gestión económico y financiero que permita reducir las brechas entre los recursos y las necesidades

Producto 1.3.2. Implementación de las NOBACI

- 1.3.2.1. Autoevaluación de las NOBACI
- 1.3.2.2. Elaboración del Plan de Mejora de las NOBACI

Aunque se han realizado capacitaciones al personal responsable, el cumplimiento de estas actividades depende del Servicio Regional Metropolitano.

Producto 1.3.3. Fortalecimiento de la gestión financiera de la Red

- 1.3.3.1 Análisis de ejecución presupuestaria enfocada a la programación trimestral (2)
- 1.3.3.2 Análisis comportamiento pago (2)
- 1.3.3.3 Análisis de Gestión de Tesorería (2)
- 1.3.3.4 Elaboración y análisis de los estados financieros del CEAS (2)
- 1.3.3.5 Auditoría de los expedientes clínicos (6)
- 1.3.3.6 Seguimiento al fortalecimiento de los servicios para firma de contrato con las ARS (1)
- 1.3.3.7 Seguimiento y análisis al proceso de facturación por venta de servicios a ARS en el CEAS (2)

Actividades completadas en un 100%



Resultado Esperado 1.6.: Régimen de auditoría de calidad de la información implementado

Producto 1.6.1. Protocolo Auditoría Calidad del Dato

1.6.1.1. Auditoría Calidad del dato de la producción de servicios del CEAS

Resultado Esperado 1.6.: Sistema digitales estandarizados, que permita el flujo de información entre niveles y facilite la toma de decisiones desarrolladas e implementadas

Producto 1.6.2. Implementación del Expedientes Integral de Salud

1.6.2.1. Implementación del EIS (2)

Producto 1.6.3 Despliegue del Sistema de información de producción de servicios

1.6.3.1. Levantamiento del dato y reporte de producción de servicios (6)

Cumplimiento de un 100% en esta actividad.

1.6.3.2. Reuniones de socialización sobre la producción hospitalaria (1) Debido a la pandemia esta reunión no pudo ser realizada

Resultado Esperado 1.6. Adecuada infraestructura tecnología para dar respuestas a las demandas de los usuarios del nivel central del SNS.

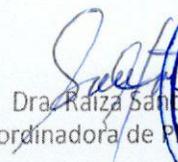
Producto 1.6.4. Fortalecimiento de la estructura tecnológica de la Red SNS

1.6.4.1. Elaboración de matriz para reporte de requerimientos tecnológicos internos (1)

1.6.4.2. Soporte a los requerimientos tecnológicos internos (6)

1.6.4.3. Elaboración e implementación del plan de fortalecimiento de los servicios de hostelería hospitalaria (La elaboración de este plan fue reprogramado para realizarse en el semestre siguiente debido a las actividades de la pandemia de COVID)

9


Dra. Raiza Sánchez
Coordinadora de Participación



Resultado Esperado 2.2. Aumentado el desarrollo institucional a través del fortalecimiento de las competencias de los colaboradores, enfocándose en la consecución de los objetivos estratégicos SNS.

Producto 2.2.1. Plan de capacitación Institucional

2.2.1. Elaboración al Plan de Capacitación del CEAS (1)

2.2.1.1. Seguimiento al desarrollo del Plan de Capacitación del CEAS (2)

Actividades cumplidas en un 100%

Resultado Esperado 2.2. Definidas las directrices que constituyen una base para una gestión eficaz de los Recursos humanos del SNS y la Red de Servicios

Producto 2.2.2. Política de Recursos Humanos (Clima y seguridad Laboral)

2.2.2.1 Aplicación Encuesta de clima laboral (1)

2.2.2.2 Elaboración Acuerdos Desempeño CEAS (1)

2.2.2.3 Seguimiento al cumplimiento de horario en los EESS (6)

Actividades cumplidas en un 100%

Resultado Esperado 3.1. Atención a la urgencia y emergencia cumpliendo criterios de calidad y coordinación

Producto 3.1.2. Fortalecimiento de los servicios de emergencia y apoyo ante desastres en la Red SNS

3.1.2.1. Implementación del Plan de mejora del Índice de seguridad hospitalario comités de emergencias Regionales (1) La valoración del ISH es responsabilidad del SNS y por estar la infraestructura aun en remozamiento no ha sido realizado.

3.1.2.2. Revisión planes de emergencias y desastres (2) actividades completadas con actualizaciones de los planes de contingencia

10


Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación



- 3.1.2.3. Revisión del Plan de Emergencias y Desastres Hospitalario. (3)
Reuniones sin realizar en espera de entrega de la infraestructura hospitalaria, por recomendaciones del Servicio Regional Metropolitano

Resultado Esperado 3.1. Red de Atención Primaria articulada, coordinada y fortalecida

Producto 3.1.3. Disminución de las Listas de Espera

- 3.1.3.1. Actualización de las listas de espera quirúrgicas, (6) actividad cumplida en un 100%

Producto 3.1.4. Contra referencia Articulada

- 3.1.4.1. Coordinación de la contra referencia, (6) Actividad cumplida en un 100%

Resultado Esperado 3.3. Fortalecimiento al acceso a la atención, mediante una cartera de servicio que responda a las necesidades de salud de la población priorizando los grupos más vulnerables

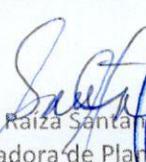
Producto 3.3.1 Acceso a Servicios Diagnósticos y Gestión de Sangre Segura

- 3.3.1.1. Seguimiento a la prestación de servicios de laboratorio y servicios de transfusión ofertados 24 h (6)
3.3.1.2. Oferta de servicios diagnósticas (con turno que abarquen las 24 horas) (1) actividad completada
3.3.1.3. Conformación de clubes de donantes (1)
3.3.1.4. Jornadas voluntarias de donación de sangre (1)

Estas dos últimas actividades no han podido realizarse debido a lo que conllevan por la pandemia covid

Resultado Esperado 4.1. Garantizado el continuo de la atención para aumentar las expectativas de vida de las personas que viven con VIH-SIDA mediante la correcta aplicación de las normas, guías y protocolos de atención

11


Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación



Producto 4.1.1. Fortalecimiento de los servicios de atención a pacientes con TB-VIH

3.3.1.5. Capacitación en las guías de atención en TB (1)

3.3.1.6. Seguimiento al apego de las guías de atención en TB (1)

Resultado Esperado 4.1. Desarrollada e implementada las intervenciones con carácter preventivo, de promoción y asistencia de las enfermedades crónicas no transmisibles

Producto 4.1.2. Provisión de servicios a usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles y adultos mayores

4.1.2.1. Seguimiento a los pacientes crónicos renales (2)

4.1.2.2. Seguimiento a los pacientes con nutrición especial (6)

4.1.2.3. Jornadas de operativos educativos sobre enfermedades crónicas no transmisibles (1)

Las jornadas educativas se han realizado en lo referente al COVID-19

12



IV. CUADRO DE RESULTADO DE LAS ACCIONES EJECUTADAS:

1. Dirección Médica

Cuadro No. 1. Dirección Médica: acciones realizadas enero - junio POA 2020

Actividades Programadas	META		% de Ejecucion	Análisis de rendimiento	Area Responsable
	P	E			
Autodiagnóstico CAF	4		---	Esta actividad depende del SRSM	Dirección Ejecutiva
Actualización del portal de transparencia	6	6	100%		OAI
Conformación comité de medios web (OAI, Comunicaciones, Jurídica, TIC)	1	1	100%		OAI
Reunión de seguimiento al comité de medios web	2	2	100%		OAI
Reuniones de socialización sobre la producción hospitalaria	1		---	Debido a la pandemia del covid esta actividad fue reprogramada	Dirección Ejecutiva
Análisis y seguimiento al proceso de Quejas y Sugerencias del portal de Atención Ciudadana 312	2	2	100%		Atención al Usuario
Elaboración de matriz para reporte de requerimientos tecnológicos internos	1	1	100%		Tecnología
Soporte a los requerimientos tecnológicos internos	6	6	100%		Tecnología
Implementación del EIS	2	2	100%		Atención al Usuario
	25	20	80%		

2. Subdirección Médica

Cuadro No. 2 Subdirección Médica: acciones realizadas enero - junio POA 2020

Actividades Programadas	META		% de Ejecucion	Análisis de rendimiento	Area Responsable
	P	E			
Auditoría de los expedientes clínicos	6	6	100%		Auditoría Médica
Actualización de las listas de espera quirúrgicas	6	6	100%		Cirugía
Coordinación de la contrarreferencia	6	6	100%		Subdirección Médica
Seguimiento a la prestación de servicios de laboratorio y servicios de transfusión ofertados 24 h	6	6	100%		Subdirección Médica
Oferta de servicios diagnósticos (con turno que abarquen las 24 horas)	1	1	100%		Subdirección Médica
Conformación de clubes de donantes	1			Reprogramada por COVID	Laboratorio y Banco de Sangre
Jornadas voluntarias de donación de sangre	1			Reprogramada por COVID	Subdirección Médica
Capacitación en las guías de atención en TB	1			Reprogramada por COVID	Subdirección Médica
Seguimiento al apego de las guías de atención en TB	1			Depende de la actividad anterior por lo que fue reprogramada	Subdirección Médica
Seguimiento a los pacientes crónicos renales	2	2	100%		Subdirección Médica
Seguimiento a los pacientes con nutrición especial	6	6	100%		Nutrición
Jornadas de operativos educativos sobre enfermedades crónicas no transmisibles	1	1	100%		Subdirección Médica
	38	34	89.4%		

13

Dra. Raiza Sánchez
Coordinadora de Participación



3. Subdirección Administrativa

Cuadro No. 3 Subdirección Administrativa acciones realizadas enero - junio POA 2020

Actividades Programadas	META		% de Ejecucion	Analisis de rendimiento	Area Responsable
	P	E			
Actualización trimestral del Inventario CEAS	2	2	100%		Administrativo
Elaboración del plan de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura	1	1	100%		Mantenimiento
Implementación del plan de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura	1	1	100%		Mantenimiento
Reporte y descargo equipo chatarra	1	1	100%		Administrativo
Autoevaluación de las NOBACI	4			Esta actividad depende del SRSM	Administrativo
Elaboración del Plan de Mejora de las NOBACI	1			Esta actividad depende del SRSM	Administrativo
Análisis de ejecución presupuestaria enfocada a la programación trimestral	2	2	100%		Administrativo
Análisis comportamiento pago	2	2	100%		Administrativo
Análisis de Gestión de Tesorería	2	2	100%		Administrativo
Elaboración y análisis de los estados financieros del CEAS	2	2	100%		Contabilidad
Seguimiento al fortalecimiento de los servicios para firma de contrato con las ARS	1	1	100%		Administrativo
Seguimiento y análisis al proceso de facturación por venta de servicios a ARS en el CEAS	1	1	100%		Facturación
Elaboración e implementación del plan de fortalecimiento de los servicios de hostelería hospitalaria	1		100%	Actividad reprogramada debido al COVID	Administrativo
	21	15	71.4%		

4. Recursos Humanos

Cuadro No. 4 Recursos Humanos: acciones realizadas enero - junio POA 2020

Actividades Programadas	META		% de Ejecucion	Analisis de rendimiento	Area Responsable
	P	E			
Elaboración al Plan de Capacitación del CEAS	1	1	100%		
Seguimiento al desarrollo del Plan de Capacitación del CEAS	2	2	100%		
Aplicación Encuesta de clima laboral	1	1	100%		
Elaboración Acuerdos Desempeño CEAS	1	1	100%		
Seguimiento al cumplimiento de horario en los EESS	6	6	100%		
	11	11	100%		

14

Dra. Raiza Sant
Coordinadora de Planificación



5. Planificación y Desarrollo

Cuadro No. 5 Planificación y Desarrollo acciones realizadas enero - junio POA 2020

Actividades Programadas	META		% de Ejecucion	Análisis de rendimiento	Area Responsable
	P	E			
Reunion Tecnica para elaboracion de POA 2021	1	0	0%	Debido a la solicitud inmediata del requerimiento no se realizo esta reunion	Planificacion
Elaboración del POA 2021	1	1	100%		Planificacion
Elaboración del PACC 2021	1	1	100%		Planificacion
Seguimiento del cumplimiento del Dashboard de Gestión NE	6	6	100%		Planificacion
Sesiones de trabajo comité de calidad	2	2	100%		Calidad Hospitalaria
monitoreo a la produccion	6	6	100%		Estadísticas
Conformacion de Comites hospitalarios	1	1	100%	Reconformacion del comité de emergencias y desastres	Calidad Hospitalaria
Auditoria Calidad del dato de la producción de servicios del CEAS	2	2	100%		Planificacion
Levantamiento del dato y reporte de producción de servicios	6	6	100%		Estadísticas
Implementación del Plan de mejora del Índice de seguridad hospitalario comites de emergencias Regionales	1			Este proceso es realizado por el SNS, debido a que la infraestructura no ha sido entregada fue pospuesto	Planificacion
Revisión planes de emergencias y desastres	2	2	100%	Planes de contingencia	Planificacion
Revisión del Plan de Emergencias y Desastres Hospitalario	3			Por recomendación del SRSM se pospuso para luego dde la entrega de la infraestructura del hospital	Planificacion
	32	27	84.4%		

6. Evaluación Nivel de Cumplimiento

Cuadro No. 6 Evaluación nivel de cumplimiento enero - junio POA 2020

DIRECCION/ DEPARTAMENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
DIRECCION EJECUTIVA	80.0%
SUBDIRECCION MEDICA	89.4%
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	71.4%
RECURSOS HUMANOS	100.0%
PLANIFICACION Y DESARROLLO	84.4%
TOTAL CUMPLIENNTO	85.0%

Fuente de información: Matriz Identificación de /Resultados/Productos/Actividades y Programación CEAS 2020

15

Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación



V. ACTIVIDADES NO PROGRAMADAS REALIZADAS DEBIDO A LA PANDEMIA DEL COVID-19

Debido a la declaratoria de pandemia el hospital Docente Padre Billini, se vio en la necesidad de iniciar actividades no programadas en el plan anual, pero que responderían a las necesidades actuales, así como al cumplimiento de las guías, protocolos y procedimientos instruidos por el MSP, Servicio Nacional de Salud y Organismos internacionales, con el seguimiento oportuno del Servicio Regional Metropolitano.

- 1. Activación del Comité de Emergencias a fin de definir las acciones y medidas a realizarse para la disminución de la propagación del virus**

- 2. Capacitaciones:**
 - 2.1. Taller de capacitaciones a todo el personal asistencial sobre la nueva enfermedad COVID-19
 - 2.2. Capacitaciones al Personal asistencial sobre el uso de EPP
 - 2.3. Capacitación al área administrativa sobre bioseguridad (mantenimiento, limpieza)

- 3. Bioseguridad**
 - 3.1. Fumigación y desinfección de la unidad de hemodiálisis por parte del MS
 - 3.2. Bactericida para fumigación y limpieza de las superficies de las áreas tipo NDP
 - 3.3. Se prohíbe la ingesta de alimentos dentro de la unidad
 - 3.4. Entrada al área solo a los pacientes para la disminución del tránsito dentro de la unidad.
 - 3.5. Dotación de insumos de higiene, limpieza y desinfección.

16


Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación



- 3.6. Toallas humedad desechables para desinfección de superficies
 - 3.7. Jabón líquido para lavado de mano
 - 3.8. Dispensadores con Alcohol gel
 - 3.9. Bactericida NDP Med 50 y cloro para limpieza diaria de las áreas.
 - 3.10. Uso de aerosol bactericida (Sterilmax) para la desinfección del EPP luego de terminar la jornada de trabajo.
4. Dotación de Equipos de Protección Personal:
- 4.1. Nivel 2 para el personal de farmacia, imágenes y seguridad
 - 4.2. Nivel 3 personal de atención directa con el paciente.
 - 4.3. Toma de temperatura a usuarios internos y externos a la entrada de la emergencia
 - 4.4. Dotación de mascarillas y guantes a los pacientes y familiares para evitar contaminación.
 - 4.5. Instalación de divisiones de policarbonato en el área de hemodiálisis, atención al usuario del INCART.

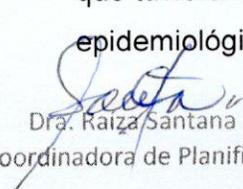
5. Seguimiento Epidemiológico

- 5.1. Aislamiento al personal asistencial que dieron positivo
- 5.2. Seguimiento a los familiares del paciente los cuales no presentaron sintomatología alguna.
- 5.3. Realización de pesquisa para saber los pacientes que acudieron al mismo turno para diálisis.
- 5.4. Vigilancia estricta a los pacientes de hemodiálisis
- 5.5. Reportes diarios al sistema de reporte epidemiológico

6. Medidas de Laboratorio

- 6.1. Toma de muestra rápida y/o PCR para COVID-19 al personal asistencial y usuarios que tuvieron síntomas o alguna conexión epidemiológica.

17


Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación



7. Servicios Asistencial

- 7.1. Atención a pacientes con sintomatología respiratoria para diagnóstico COVID-19
- 7.2. Coordinación de traslado de pacientes sospechosos y positivos COVID-19 para una atención integral.
- 7.3. Manejo adecuado de cadáveres de casos sospechosos y/o positivos de COVID-19

VI. CONCLUSIONES FINALES

En el desarrollo de este monitoreo y evaluación hemos podido notar el esfuerzo realizado por cada uno de los directivos, departamentos y áreas para poder completar sus medios de verificación al momento de realizar una actividad, aunque a veces se dificulta poder acostumbrarnos a un monitoreo constante, se puede apreciar la necesidad de una cultura de evaluación consistente, ya que esto nos ayuda a mejorar cada vez más la calidad de los servicios tanto en el área administrativa como asistencial.

Podemos ver que las actividades programadas para este semestre enero-junio 2020 pudieron ser ejecutadas en un 85% y las no ejecutadas se deben a prioridades tomadas por el Servicio Nacional de Salud y por ende el Servicio Regional de Salud Metropolitano., así como debido a la reprogramación de actividades debido a la pandemia del COVID-19.

18


Dra. Raiza Santolalla
Coordinadora de Planeación



VII. RECOMENDACIONES

1. Mantener el 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 estas.
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 2020.


Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación



19

Dra. Raiza Santana
Coordinadora de Planificación

