

HOSPITAL PADRE BILLINI

Departamento De Planificación Y Desarrollo

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

Período Enero-Junio




Licda. María Altagracia Ramírez García
Encargada de Planificación y Desarrollo

ÍNDICE

I.	INTRODUCCION	3
II.	PRESENTACION.....	4
III.	PENSAMIENTO ESTRATEGICO.....	6
IV.	RESUMEN EJECUTIVO.....	7
V.	PRESENTACION Y ANALISIS DE CADA AREA.....	8
VI.	PRODUCTOS CONTENIDOS EN EL PLAN OPERATIVO ANUAL (POA).....	10
VII.	CONCLUSIONES.....	26
VIII.	RECOMENDACIONES.....	27

I. INTRODUCCION

En este informe de Monitoreo y Evaluación del Hospital Docente Padre Billini, mostramos el desarrollo en el semestre Enero – junio 2021, del Plan Operativo Anual (POA).

El Primer Trimestre Enero–marzo 2021, es presentado sin las observaciones del Servicio Nacional de Salud (SNS), ni del Servicio de Regional de Salud Metropolitano (SRSM), ya que no fue enviado a estas instancias por la ausencia de personal en el departamento de Planificación y Desarrollo.

El Segundo Trimestre Abril–junio 2021 fue enviado al Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM), en el tiempo establecido, con el desarrollo de las actividades y evidencias que lo sustentan.

Se informó a los encargados de los diferentes departamentos para que sean utilizadas las herramientas estandarizadas, en el desarrollo de sus actividades a ser presentadas, las cuales exige el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM) para sustentar el Plan Operativo Anual (POA).

A partir del Segundo Trimestre Abril–junio 2021 se comenzó el monitoreo y Evaluación en cada área, las cuales fueron ejecutadas en el tiempo establecido.

Presentaremos los resultados por actividad y todo lo que abarca el Plan Operacional Anual (POA), 2021 con los detalles pertinentes.

II. PRESENTACIÓN

El Plan Operativo Anual (POA), es el documento oficial donde se incluye los objetivos, presupuestos y metas que la empresa espera cumplir, generalmente en el período de un año. sirve para cumplir las metas y los objetivos que la organización debe o quiere conseguir en el período trazado. El POA es importante debido a que involucra a todas las áreas de la institución. Es por eso que esta herramienta debe ser entendida por los involucrados a fin de garantizar su cumplimiento con las actividades que deben realizar.

El objetivo de este informe es presentar en detalles cada una de las actividades realizadas en las diversas áreas y el nivel de cumplimiento alcanzado.

Nos mantenemos vigilantes y atentos a los requerimientos establecidos por el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM), para realizar las actividades de seguimiento al cumplimiento de los contenidos en el POA y todas las instrucciones que lo puedan modificar o actualizar, actitudes asumidas para fortalecer el compromiso asumido y hacer eficaces los procesos de monitoreo y seguimiento en cada uno de nuestros servicios.

Términos importantes.

Monitoreo

Monitoreo es el proceso que permite verificar las evidencias para observar, confirmar y dar seguimiento a las actividades para que se lleven a cabo en el tiempo establecido. Sirve de guía en la gestión para que los procesos se ejecuten. El Monitoreo es la herramienta que permite vigilar que las acciones se realicen, según los objetivos planificados.

Evaluación

Es el proceso de juzgar la evidencia, en el cual se determina si se ha realizado cada paso como se planificó. Esta herramienta es una fuente de información para tomar decisiones en los criterios de desempeño.

El Monitoreo y Evaluación son herramientas claves para tomar acciones pertinentes en la ejecución de los proyectos de la institución. El seguimiento continuo permite el avance de los trabajos en equipo y hace que fortalezca las relaciones con las actividades para alcanzar las metas y objetivos trazados, pues cada área se identifica de forma profunda con la institución.

Estas herramientas son de suma importancia, para la ejecución de la planificación institucional, puesto que permite un adecuado uso de cada actividad plasmada en el Plan Operacional Anual (POA), para identificar las necesidades y se pueda desarrollar una mejora, a través de las acciones del proceso.

III. PENSAMIENTO ESTRATEGICO

MISIÓN:

Somos una organización de referencia nacional, sin fines de lucro, dedicada a la atención médica integral, que practica la excelencia, la eficacia en la prestación de servicios y el apoyo al médico en su desarrollo profesional, utilizando procedimientos y tecnología para el beneficio de los usuarios internos y externos

VISIÓN:

Ser un centro auto gestionable, de excelencia, comprometido en ofrecer servicios de salud con los más altos estándares de calidad, con un equipo de trabajo empoderado, orientado al desarrollo de competencias y consecución de los objetivos estratégicos institucionales, de la mano de la Red Asistencial del Servicio Nacional de Salud

VALORES:

Compromiso: Asumimos nuestras tareas comprometidas con la institución, enfocando nuestro esfuerzo a brindar atención de calidad a nuestros pacientes y su familia.

Humanización: Mantenemos una actitud diligente y optimista fundamentada en valores encaminados a garantizar el trato digno y de respeto a los usuarios.

Trabajo en Equipo: Trabajamos con una visión, respetando y valorando nuestras diferencias, fortaleciendo las relaciones interpersonales y priorizando el éxito del equipo por encima del éxito individual.

Innovación: Practicamos ideas novedosas y utilización de nuevas tecnologías que hacen maximizar la calidad en los servicios de salud ofertados a la ciudadanía.

Integridad: Trabajamos en forma responsable y transparente, empleando los conocimientos adquiridos en el fomento a la responsabilidad social, el respeto a los demás y la igualdad de género.

Excelencia en el servicio: Brindamos servicios de salud con los más altos estándares en calidad superando las expectativas esperadas por los usuarios.

IV. RESUMEN EJECUTIVO

Es de público conocimiento que las operaciones de servicio de salud del Hospital Docente 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 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).

Para llevar a cabo los registros y acciones de monitoreo y evaluación del POA 2021 hemos sido acompañados estrechamente del personal técnico correspondiente del Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM), institución superiora integrada por un personal que de forma afable nos coopera, acompaña y orienta en la realización de las actividades y en la continuidad de los trabajos requeridos a cada área

Consideramos pertinente observar el apoyo incondicional de las autoridades internas del hospital encabezadas por el señor director y resaltar de forma especial que el personal administrativo asignado a cada área, de forma puntual, siempre ha aportado los insumos y evidencias requeridos en el Plan Operativo Anual (POA), acciones que consecuentemente se traducen en cumplimiento con las actividades que se deben desarrollar y más adelante registrar.

Todos ellos han sido colaboradores claves para que la institución haya logrado cumplir con las expectativas esperadas, apoyo que siempre necesitaremos para alcanzar el logro de las metas propuestas.

El informe de las actividades desarrolladas por el hospital correspondiente al primer trimestre del presente año no fue reportado al Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM) debido a que el departamento de Planificación y Desarrollo había estado en proceso de designación del titular, posición vacante por la salida de quien antes realizaba esas funciones.

Sin embargo, desde que tomamos posesión del cargo y con las pautas trazadas por el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM), procedimos a solicitar los insumos a cada colaborador quienes inmediatamente proporcionaron las evidencias requeridas para su posterior registro.

V. 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, 24 productos y 65 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 resultante 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 que 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.

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

1. Provisión de servicios de salud bucal individual y colectiva.

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

Los servicios odontológicos no se están realizando, debido al cierre de la infraestructura hospitalaria. Los odontólogos han sido trasladados provisionalmente a otros centros, hasta la reapertura del centro, es por eso que tiene un 0% de ejecución, sin embargo, la encargada, Dra. Wanda Espinosa, siempre entrega el reporte de sus operaciones de servicio a tiempo. Esta actividad está programada para todo el año.

2. Acceso a Servicios Diagnósticos y Gestión de Sangre Segura

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Actualización o conformación del club de donantes.	1	0	0%	Reprogramada	Banco de Sangre

Esta actividad ha sido reprogramada por reestructuración del hospital. Para cuando el centro comience a funcionar, nuestro futuro Club de Donantes Voluntarios tiene varios proyectos para ponerlo a funcionar, como charlas en centros educativos, universidades. Iglesias, Congreso Nacional y cualquier institución que podamos insertar. Para incentivar a la población de la importancia de la donación voluntaria y altruista de sangre.

Esta actividad sólo estuvo en el mes de marzo, por lo que su programación es posible que se plasme en el POA el año próximo, periodo para el cual estiman a las autoridades que el hospital la conclusión de los trabajos de remodelación.

3. Mejora de la provisión de medicamentos e insumos.

Actividades Programables Presupuestables	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
Programación individual de medicamentos e insumos del CEAS.	1	1	100%		Almacén
Sesión del comité de Fármaco-Terapéutica.	2	2	100%		Farmacia

El Comité Fármaco Terapéutico, se reprogramó en el mes de marzo. En junio se llevó a cabo la sesión, solicitando en farmacia los bajantes para Bomba Baxter para la administración de los medicamentos de alto costo, mediante el formulario de solicitud de material gastable por paciente. Dicho formulario debe tener el nombre del paciente, fecha, firma de quién solicita y recibe y además al programa que pertenece el paciente. Todas estas actividades han sido entregadas a tiempo y en un 100%.

4. Fortalecimiento de los servicios de emergencia y apoyo ante desastres en la Red.

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Elaboración y/o actualización Plan de Emergencias y Desastres Hospitalarios.	1	1	100%		Calidad
Conformación y/o actualización del Comité de Emergencias y Desastres.	1	1	100%		Calidad
Sesión del Comité de Emergencias y Desastres (de acuerdo a eventos y operativos).	2	2	100%		Calidad

En el mes de marzo se inició la fase de preparación del Plan de Contingencia para Semana Santa 2021, con la finalidad de activar el Comité Hospitalario de Emergencias.

5. Fortalecimiento de la Red de Emergencias de forma humanizada, eficiente y de calidad.

Actividades Programables Presupuestables	Meta		%Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Seguimiento RAC-TRIAJE Pacientes Salas de Emergencias Hospitalarias.	2	2	100%		Emergencia
Mantenimiento del carro de paro en las salas de emergencias.	2	2	100%		Enfermería

El procedimiento de RAC-TRIAJE en este centro de salud 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.

6. Desarrollo, Gestión y coordinación de traslados de pacientes en las redes de servicios de emergencias.

Actividades Programables Presupuestables	Meta		%Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Implementación Procedimiento de Traslado Inter-hospitalario de Pacientes Emergentes y Urgentes.	1	1	100%		Emergencia

El proceso de traslados para los pacientes de emergencia se cumple en un 100% de los que ameritan internamiento y que por el momento no contamos con sala de internamiento en el centro debido al remozamiento de las instalaciones.

En este sentido aplicamos el protocolo de traslados definido por el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM).

Todos los pacientes a trasladar deben ser gestionados con el proceso y se realiza de la siguiente manera.

- Luego de estabilizar al paciente e identificar el diagnóstico, se realiza comunicación con el médico de servicio en el área de emergencia del centro a ser trasladado.
- Se informa al paciente y al familiar sobre su condición motivo por lo que se va trasladar.
- Se gestiona a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Médicas (CRUEM), el medio de transporte (ambulancia).
- Se le entrega un informe completo, incluyendo pruebas de laboratorios e imágenes, al médico o paramédico que realiza el traslado para ser entregado al médico del centro a recibir.
- Se registran los datos del paciente en el libro de traslados.

NOTA: DE NO REALIZARSE UNA COMUNICACION EFECTIVA CON EL CENTRO RECEPTOR, LUEGO DE INSISTIR Y NO LOGRAR CONSEGUIR UN ESPACIO FISICO, SE COMUNICA LA SITUACION A LAS AUTORIDADES DEL CENTRO Y DE NO LOGRAR UNA RESPUESTA SE COMINICA A LA DIRECION DE TRASLADO DEL SRSM.

En caso de no contar con espacios físicos en el centro a ser referido el paciente, se comunica a las autoridades del centro y la dirección de traslados del SRSM y se deja el paciente en área, hasta conseguir un espacio físico en un centro de la RED Metropolitana.

Con los pacientes afectados por COVID- 19, se realiza el traslado a través de la Dirección de Traslados del Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM) previamente protocolizados.

7. Calidad en la oferta de los servicios a través del cumplimiento de los protocolos clínicos y quirúrgicos.

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Actualización y/o conformación del Comité de Calidad de los Servicios.	1	1	100%		Calidad
Sesiones de los Comité de Calidad de los Servicios de Salud.	2	2	100%		Calidad
Seguimiento a la aplicación del listado de verificación de la cirugía segura.	2	2	100%		Calidad
Actualización y reporte lista de espera quirúrgica.	6	6	100%		Sub-Dirección Médica

Por el momento nuestro centro hospitalario está bajo remozamiento y nuestra lista de espera sólo está conformada por los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis Dr. Erick Báez y, como no contamos con quirófano, se coordinó con

la Dirección del Hospital Félix María Goico para realizar los procedimientos de fístula arteriovenosa y/o colocación de catéter de larga duración, quien nos autoriza disponer de un quirófano condichos fines. Actualmente los pacientes están en proceso de preparación preoperatoria y ya están iniciados los procedimientos de pacientes listos. El acuerdo con el Hospital Félix María Goico, se ha visto afectado por la pandemia del COVID-19.

8. Programa de Gestión de Cita.

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Actualizar las agendas médicas.	6	6	100%		Atención al Usuario

De acuerdo a las limitaciones en las que estamos trabajando, hemos dado de forma satisfactoria las consultas y ya se están realizando Cirugía Vascular y Cirugía General.

En este semestre algunos médicos fueron afectados por COVID-19, por lo que estaban ausentes durante varias semanas, pero se fueron reintegrando poco a poco a brindar sus servicios. Trabajamos continuamente para mantener actualizada la agenda médica con los datos de los servicios y contactos.

9. Fortalecimiento de la gestión de usuarios para la adhesión a la cultura de servicios.

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Encuesta de Satisfacción de Usuarios.	1	1	100%		Atención al Usuario
Elaboración del plan de mejora productos resultados de la encuesta de satisfacción de usuario.	1	1	100%		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 nivel de satisfacción de los usuarios que asisten y se les ofrece servicio ha alcanzado un 87%, según el resultado de las encuestas realizadas. Estas encuestas se hicieron de forma personal y al aplicarlas se les informa a los usuarios sobre sus deberes, derechos y los servicios que brindamos. Informamos que tenemos un Portal de Transparencia, donde pueden verificar todo sobre el hospital.

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

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

A principio de este año los comités no estaban conformados, debido a los cambios tanto Administrativos como Médicos y, la Dirección conducida por el Dr. Sergio Roque, tomó la decisión de reprogramar dichos comités en los meses de abril y mayo.

El Comité de Fármaco Terapéutica realizó en abril una reunión para solicitar compra un insumo (catéter).

11. Conectividad de la Red.

Actividades Programables Presupuestables	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 en un 100% de los que ameritan internamiento, ya que por el momento no contamos con sala de internamiento en el centro, debido al remozamiento de las instalaciones.

En este sentido aplicamos el protocolo de traslados de nuestro Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM).

Todos los pacientes a trasladar deben ser gestionados y el proceso se realiza de la siguiente manera.

- Luego de estabilizar al paciente e identificar el diagnóstico, se realiza comunicación con el médico de servicio en el área de emergencia del centro a ser trasladado.
- Se informa al paciente y familiar sobre su condición, el motivo por lo que se va a trasladar.
- Se gestiona a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Médicas (CRUEM), el medio de transporte (ambulancia).
- Se le entrega un informe completo, incluyendo pruebas de laboratorios e imágenes al médico o paramédico que realiza el traslado, para ser entregado al médico del centro a recibir.
- Se registran los datos del paciente en el libro de traslados.

En caso de no contar con espacios físicos en los centros a ser referidos se comunica a las autoridades del centro y la dirección de traslados del SRSM. Y se deja el paciente en el área hasta conseguir un espacio físico en centro de la RED Metropolitana.

El proceso de contra referencia se realiza de igual manera cumpliendo con las normas establecidas sobre la estabilidad hemodinámica del paciente (si el paciente está inestable, primero se estabiliza antes de ser contra referido) y se informa al centro referido y al SRSM sobre el caso.

A LOS PACIENTES AFECTADOS POR COVID- 19 SE LES REALIZA EL TRASLADO A TRAVES DE LA DIRECCION DE TRASLADOS DEL SRSM, PREVIAMENTE PROTOCOLIZADOS.

12. Plan de capacitación Institucional.

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

Esta actividad está plasmada en el POA cada tres meses. En el mes de marzo se impartió diplomado de Alta Gerencia a los directivos y un curso de Atención al Usuario de manera virtual al personal de Facturación, Archivo y Atención al Usuario.

En el segundo trimestre del año 2021, un total de 98 colaboradores han sido capacitados en diversas áreas, tales como Comportamiento Organizacional, Redacción de informes, Gestión de Almacén, Liderazgo Transformador, Manejador de Excel.

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

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Encuesta de clima laboral (según aplique).	1	0	0%	Reprogramada próximo año	Recursos Humanos
Elaboración plan de mejora Encuesta de clima laboral (según aplique).	1	0	0%	Reprogramada próximo año	Recursos Humanos
Implementación plan de mejora Encuesta de clima laboral (según aplique).	1	0	0%	Reprogramada próximo año	Recursos Humanos
Elaboración Acuerdos Desempeño.	1	0	0%	Reprogramada próximo año	Recursos Humanos
Seguimiento al cumplimiento de horario en el CEAS.	6	6	100%		Recursos Humanos

En relación al clima laboral el Ministerio de Administración Pública (MAP), sugiere que se aplique para el próximo año el proceso de incorporación a las nuevas instalaciones del personal que se encuentra trabajando en otros hospitales.

14. Implementación Protocolo Auditoría Calidad del Dato.

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

La calidad de los datos reportada, es monitoreada conforme a las informaciones suministradas por los diferentes departamentos, al Departamento de Estadística, quien verifica que todo esté en orden.

15. Fortalecimiento del Sistema de Información del CEAS.

Actividades Programables Presupuestables	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 y debemos esperar que el Servicio Regional de Salud Metropolitana (SRSM) envíe los datos actualizados.

16. Fortalecimiento de la Planificación Institucional.

Actividades Programables Presupuestables	Meta		%Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Elaboración del POA 2022.	1	1	100%		Planificación
Elaboración del PACC 2022.	1	1	100%		Planificación
Sesiones de trabajo comité de calidad.	3	3	100%		Calidad
Seguimiento a la implementación Carta Compromiso al Ciudadano (CCC).	2	2	Reprogramada		Calidad

En cuanto al Seguimiento a la implementación Carta Compromiso al Ciudadano (CCC), no se ha ejecutado, debido a que solicitamos al Ministerio de Administración Pública (MAP), asesoría técnica y tenemos la carta que avala dicha actividad. Para la elaboración del POA y Compras, estas serán realizadas a partir del Tercer Trimestre.

17. Fortalecimiento de la estructura tecnológica de la Red CEAS.

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Soporte a los requerimientos tecnológicos internos	2	2	100%		Cómputos

Se mantiene la supervisión del Data Center en el área administrativa para evitar fallos en la infraestructura de la red del hospital.

18. 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

Mantenemos el seguimiento a los procesos para la mejora continua de la calidad y así dar seguimiento a la actualización del Portal de Transparencia en el tiempo indicado por la DIGEIG, para que el ciudadano tenga todas las informaciones requeridas con fácil acceso a través de nuestra página web.

19. Comité de Ética Institucional.

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

En fecha 05 de marzo 2021, la Asesora del Poder Ejecutivo en materia de Ética, Transparencia y Anticorrupción y Directora de la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG), Dra. Milagros Ortiz Bosch, envió un comunicado informando que debido a las distorsiones encontradas en la conformación y funcionamiento de las Comisiones de Ética Pública (CEP), al amparo del Decreto 143-17, la DIGEIG hace de conocimiento público que las mismas están sometidas hasta finales del Primer Semestre 2021, a un proceso de revisión que incluye el levantamiento de un diagnóstico a las Comisiones de Ética Pública (CEP).

Durante este proceso de reforma hacia los estándares que normarán las CEP y a los fines de facilitar la transición, la DIGEIG ha decidido extender la vigencia de todas las CEP conformadas, hasta que sea emitida la nueva normativa.

20. Implementación del Plan de Hostelería Hospitalaria.

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Seguimiento a la implementación del plan de fortalecimiento de los servicios de hostelería hospitalaria.	1	1	100%		Calidad

El Plan Hospitalario, describe cómo debe organizarse el hospital, los niveles de coordinación, las funciones y responsabilidades de las diferentes áreas del hospital, así como los lineamientos que conducen a la ejecución de las acciones en los preparativos de cada situación.

21. Implementación del Plan de Mantenimiento e Infraestructura.

Actividades Programables Presupuestables	Meta		% Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
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.

22. Implementación del Sistema de Administración de Bienes.

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

En esta área no había personal y el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRS), informó que debe haber un personal que realice esta actividad, la cual es de suma importancia, por lo que se procedió a cubrir el puesto de inmediato.

23. Fortalecimiento de la gestión financiera del CEAS.

Actividades Programables Presupuestables	Meta		%Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
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

Fortalecer la situación financiera del hospital para lograr cambios e implementar mejoras, es el trabajo arduo que mantenemos en nuestro centro.

El seguimiento y análisis al proceso de facturación está basado en las informaciones de ingresos del Hospital Docente Padre Billini, donde el objetivo principal es comprender y detallar el proceso de facturación establecido, con los cuales se generan las recaudaciones percibidas de la institución. Como parte de la red de prestadores de servicios y en cumplimiento a las disposiciones relativas al financiamiento de los mismos, el fortalecimiento de los recursos financieros institucionales, es debido a los ingresos generados por las aseguradoras afiliadas que tenemos en el hospital.

24. Disminución de Objeciones Médicas.

Actividades Programables Presupuestables	Meta		%Ejecución	Observación	Área Responsable
	P	E			
Auditoría concurrente de los expedientes clínicos.	6	6	100%		Auditoría Médica
Elaboración de planes de mejora para disminución de las objeciones médicas.	1	0	0%	Reprogramar	Auditoría Médica
Seguimiento a los planes de mejora para disminución de las objeciones médicas.	2	0	0%	Reprogramar	Auditoría Médica

En el período comprendido de Enero-Marzo 2021 se hospitalizaron 15 pacientes en el área de trauma shock que se encuentra habilitada en el espacio destinado para estos fines en la emergencia.

Los días de hospitalización en esta área provisional está determinado por la disponibilidad para recibir en otro centro de salud de la red, se hacen las gestiones correspondientes para sus traslados y son enviados tan pronto es posible y asegurando que el paciente esté en condiciones de ser trasladado, sin poner su vida en peligro.

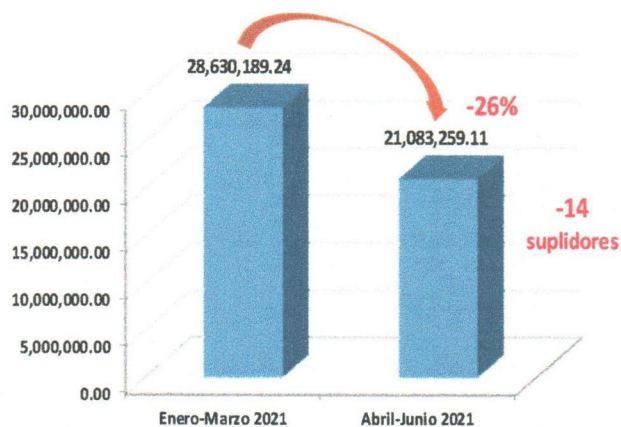
Todos los expedientes cumplieron con el ordenamiento y lineamientos establecidos en la Norma 32 de Expediente Clínico y con manejo apegado a los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud, según el diagnóstico en cuestión. Se realizó todas las pruebas y estudios correspondientes y que sustentaron el diagnóstico clínico por el cual fueron admitidos. El tiempo promedio de hospitalización en nuestra instalación fue de 3 días hasta que se lograra efectuar el traslado.

Actualmente el hospital no tiene objeciones médicas, por lo cual no se ha puesto en marcha ningún plan de mejora.

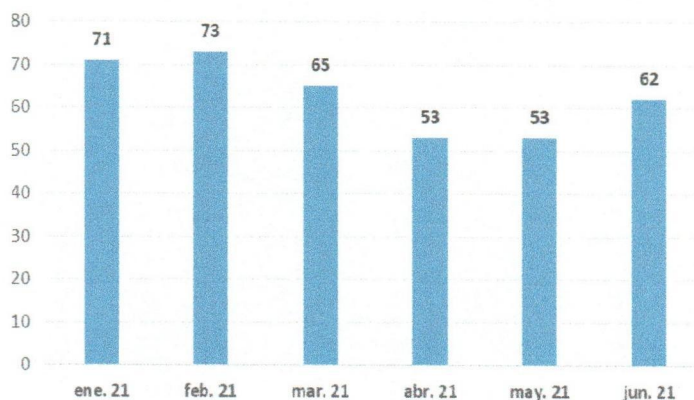
SUB-DIRECCION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Informe Primer Semestre Enero - Junio 2021

Comparativo promedio Trimestres 2021

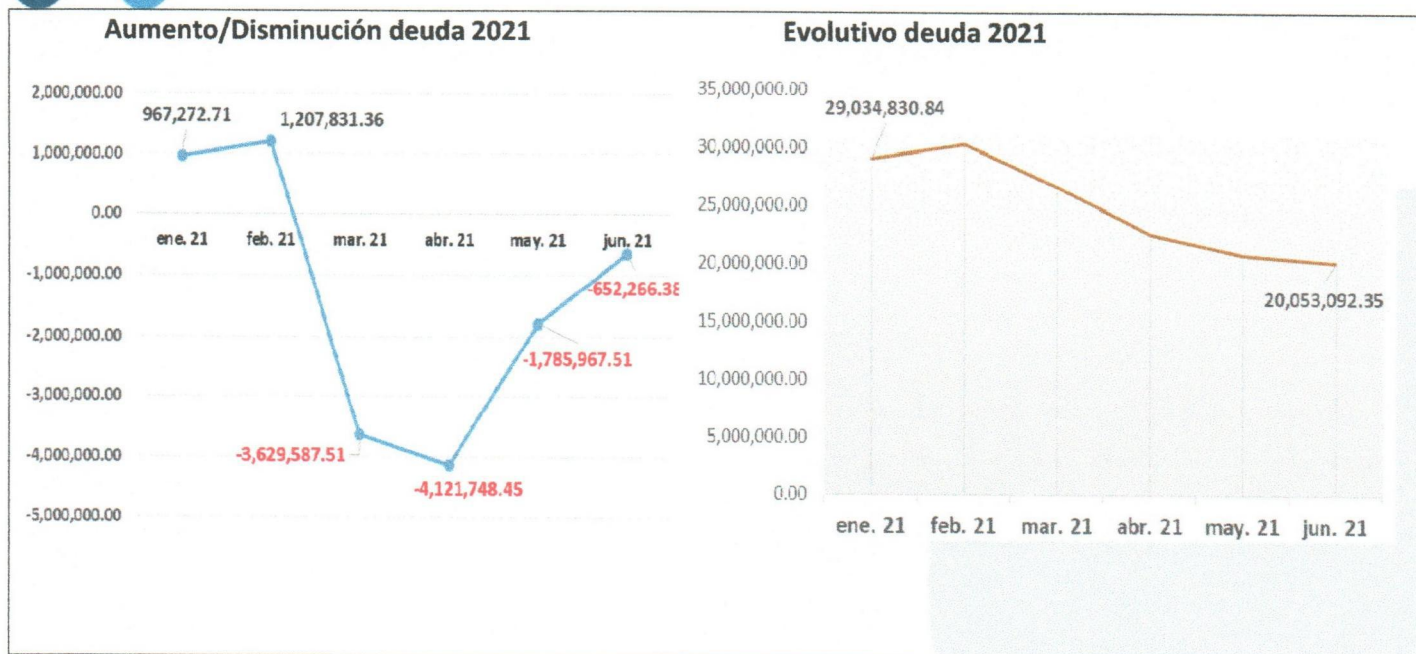


Evolutivo Suplidores con deudas 2021



Deuda RD\$ enero-Junio 2021

	ene 21	feb 21	mar 21	abr 21	may 21	jun 21
Total Deuda	29,034,830.84	30,242,662.20	26,613,074.69	22,491,326.24	20,705,358.73	20,053,092.35
Variación	967,272.71	1,207,831.36	-3,629,587.51	-4,121,748.45	-1,785,967.51	-652,266.38
Cantidad de suplidores	71	73	65	53	53	62



Durante el trimestre enero-marzo 2021 el Hospital Docente Padre Billini, ha realizado satisfactoriamente los pagos de transferencias programadas por fuente de financiamiento, según recursos recibidos en dicho trimestre.

Los desembolsos fueron realizados de la siguiente manera: 92 transferencias bancarias por un monto total de RD\$11, 067,453.47 y otros gastos por valor de RD\$16,638.34 para un total de desembolsos durante el trimestre de RD\$11, 084,091.81.

Cada soporte de transferencia realizada está debidamente auditado por la unidad de auditoría de la contraloría general de la republica 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 cheques, 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.

Las conciliaciones bancarias están al día, además de los reportes solicitados por el Servicio Nacional de Salud.

Las transferencias generadas en periodo del análisis, fueron recibidas por los beneficiarios en su totalidad, el cual representa un 100% de entrega.

En virtud de la gestión de la programación de pago realizada por la unidad de tesorería la misma influyó durante el Primer Trimestre 2021 en la disminución de las cuentas por pagar en un 8%.

El promedio de la deuda del período enero-marzo 2021 ascendía a RD\$28,630,189.24, y para el trimestre abril-junio fue de RD\$21,083,259.11, observándose una disminución de RD\$7,546,930.14, equivalente a un 26%. El valor más alto registrado como deuda en el trimestre abril-junio corresponde al mes de abril, observándose desde el referido mes hasta junio, disminuciones constantes mes por mes.

La deuda del mes de abril ascendía a RD\$22,491,326.24, Mayo a RD\$20,705,358.73 y Junio RD\$20,053,092.35. Tenemos una disminución de RD\$2,438,233.89, al comparar el mes de abril con junio, equivalente a 11.8%.

Al mes de abril 2021 el Hospital Docente Padre Billini mantenía deudas con 53 suplidores, en mayo con igual número y junio con 62 suplidores. Al comparar estos datos con el Primer Trimestre del año 2021 (enero-marzo), la disminución ha sido importante. En el Primer Trimestre, el promedio de suplidores con deudas era de 70, sin embargo, en el trimestre abril-junio, la cantidad de suplidores con deudas fue de 56, unos 14 suplidores menos que el trimestre anterior, lo que representa una disminución de un 20%.

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

VII. CONCLUSIONES

- Al no haber personal en el segundo mes del Primer Trimestre, hubo un retraso en el proceso de entrega de las evidencias, sin embargo, aunque el personal que le correspondía entregar sus reportes e informes no tenía esa cultura, logramos el compromiso de todos.
- A pesar de que no estaban al día las actividades del Primer Trimestre del año 2021, durante el proceso de recopilar las evidencias contenidas en el Plan Operativo Anual (POA), procedimos a completarlas, con el apoyo del equipo involucrado y dando el seguimiento correspondiente.
- En el Segundo Trimestre, todo marchaba mejor y fuimos solucionando las dudas, para así completar las actividades, previa entrega y presentación de las evidencias. Estas fueron entregadas a tiempo por todo el equipo, lo que permitió que se pudiera entregar en la fecha indicada por Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM). Hubo actividades reprogramadas, debido a que el centro está en reconstrucción, mismas que se tomarán en cuenta cuando el hospital esté abierto al público.

VIII. RECOMENDACIONES

- Dar a conocer (socializar), el Plan Operativo Anual (POA), a cada uno de los involucrados, para que lo conozca y se empodere de lo que le corresponde, así en el momento que se realice el monitoreo interno, ya tenga conocimiento de sus compromisos de realización de las actividades y su entrega. Conocer el POA facilitará a los encargados de los departamentos la entrega oportuna de sus informes o reportes a tiempo.
- 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.
- 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