



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

H: HOSPITAL
TRAUMATOLÓGICO
DR. DARÍO CONTRERAS

HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. DARIO CONTRERAS

INFORME DE MONITOREO Y EVALUACION "PLAN OPERATIVO ANUAL" JULIO - DICIEMBRE 2021

Elaborado por
Monitoreo y Evaluación
División de Planificación y Desarrollo

Santo Domingo Este

“INDICE”

| | | |
|-------------|--|-----------|
| I. | INTRODUCCION..... | 04 |
| II. | RESUMEN EJECUTIVO..... | 05 |
| III. | PRESENTACION Y ANALISIS POR AREA FUNCIONAL..... | 06 |
| IV. | CUADRO DE RESULTADOS DE LAS ACCIONES | |
| | EJECUTADAS..... | 17 |
| V. | CONCLUSIONES..... | 24 |
| VI. | RECOMENDACIONES..... | 25 |
| VII. | ANEXO..... | 26 |

INTRODUCCION

El siguiente informe se corresponde al Monitoreo y Evaluación del desempeño de las ejecutorias del Plan Operativo Anual (POA) 2021, del Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras durante el semestre julio-diciembre 2021.

Este trabajo se sustenta en la matriz de Actividades Programadas del Plan Operativo Anual (POA) 2021 de la Dirección de Planificación y Desarrollo Estratégico Institucional (DPDEI), del Servicio Nacional de Salud (SNS), clasificada en el ordenamiento de los productos y su ejecución (ver anexo 1), respaldada en las evidencias presentadas por los diferentes Departamentos, Divisiones/ Secciones y/o áreas de servicio durante el semestre julio-diciembre 2021.

Se utilizó el método de comprobación In Situ, de los medios de verificación que dan soporte a las acciones programadas para el semestre julio-diciembre 2021 y que a su vez fueron ejecutadas, y se realiza con el objetivo de arrojar datos que contribuyan a mejorar el proceso de toma de decisión institucional en los casos que sea requerido, para así garantizar el cumplimiento, en el tiempo oportuno, de los objetivos y metas establecidas en el POA.

En la primera parte se presenta un resumen ejecutivo correspondiente a los resultados más relevantes del informe, donde se analizarán los elementos principales que evidencian, a nivel general, el desempeño del Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras.

En la segunda parte del documento se realiza la presentación y análisis de los resultados del monitoreo y evaluación, en función del Resultado Esperado, del Producto, de la Actividad, los Medios de Verificación y el logro obtenido.

En tercer lugar, 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 a la Dirección General por la División de Planificación y Desarrollo.

RESUMEN EJECUTIVO

Atendiendo al requerimiento del Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM), este informe de Monitoreo y Evaluación correspondiente al período julio-diciembre 2021, tiene como base las evidencias presentadas en función de los ocho (09) Resultados esperados, a través de los veinte y siete (27) Productos, realizados en cincuenta y cuatro (54) Actividades y un total de ciento veinte y ocho (128) Acciones en el semestre julio-diciembre 2021, programadas en la matriz del POA 2021, pautada por la Dirección de Planificación y Desarrollo Estratégico Institucional, del Servicio Nacional de Salud (SNS) (ver Anexo 1).

A pesar de que el COVID-19 disminuyó su impacto y las diferentes esferas del tejido social y la estructura productiva repuntaron, el hospital continuó brindando sus servicios y actividades bajo las medidas preventivas y protocolos de atención dispuestas por las autoridades de salud. Vale destacar el logro alcanzado prácticamente de un 97.80%, como resultado de los niveles de responsabilidad de las autoridades y el equipo de trabajo para el cumplimiento de las actividades y acciones establecidas en el POA.

Este método de trabajo nos ha permitido medir algunos indicadores cónsonos con la línea estratégica trazados por el SRSM y el SNS, y a su vez, poder darle seguimiento para evaluar y medir el nivel de avance de las metas trazadas, siendo una de los objetivos principales la creación y toma de conciencia e identificación del personal sobre su importancia.

Al mismo tiempo, la implementación de mecanismos de mejoramiento continuo de la gestión administrativa e institucional a través del rol desempeñado por la Dirección General, el Departamento Administrativo, el Departamento Médico, la División de Recursos humanos y la División de Planificación y Desarrollo, en el seguimiento de las acciones y el cumplimiento de las metas trazadas.

PRESENTACION Y ANALISIS POR AREA FUNCIONAL

El monitoreo y evaluación del semestre julio-diciembre 2021, del Plan Operativo Anual (POA) 2021, de este centro de salud, se realizó en función de 09 resultados esperados, a través de 27 productos, 54 actividades programables presupuestables y un total de 128 acciones durante el referido período.

A continuación, la evaluación correspondiente al semestre objeto de nuestro análisis en base a las evidencias presentadas por los diferentes Departamentos, Divisiones/ Secciones y/o áreas de servicios:

HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO DR. DARÍO CONTRERAS

RESULTADO ESPERADO I:

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.

Producto 1:

- **Provisión de servicios de salud bucal individual y colectiva.**

Comentario: Para este producto se contempla una (01) actividad y dos (02) acciones en el período que nos ocupa.

- **Reporte servicios odontológicos (02).**
 - A través de sus dos evidencias (Reportes) presentadas muestra un cumplimiento del 100%.

Producto 2:

- **Acceso a Servicios Diagnósticos y Gestión de Sangre Segura.**

Comentario: Para este producto se contempla dos (02) actividades y tres (03) acciones programadas:

- **Adecuación de las áreas de laboratorio y de imágenes para prestación de servicios 24 h (01).**
 - A través de su evidencia (Reporte) presenta un cumplimiento del 100%.
- **Seguimiento a los servicios diagnósticos (con turno que abarquen 24 horas) (02).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta un cumplimiento del 100%.

Producto 3:

- **Mejora de la provisión de medicamentos e insumos.**

Comentario: Para este producto se contempla dos (02) actividades y ocho (08) acciones programadas:

- **Reporte mensual de lo recibido por PROMESE-CAL Vs lo solicitado y por compra administrativa a la URGM (06).**
 - A través de sus evidencias (Reporte) presenta un cumplimiento del 100%.
- **Sesión del comité de Fármaco-Terapéutica (02).**
 - A través de su evidencia (Minuta y Listado de Participantes) presenta un cumplimiento del 100%.

RESULTADO ESPERADO II:

Reducida la morbi-mortalidad de las enfermedades transmisibles, incluidas la infección por el VIH/SIDA, la Tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual, las hepatitis virales, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas, y las enfermedades prevenibles mediante vacunación; con especial atención en las poblaciones vulnerables.

Producto 4:

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

Comentario: Para este producto se contempla una (01) actividad con seis (06) acciones programadas:

- **Seguimiento al control de Co-Infecciones TB-VIH (06).**
 - A través de sus evidencias (seis Informes) presenta cumplimiento del 100%.

RESULTADO ESPERADO III:

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.

Producto 5:

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

Comentario: Para este producto se contempla una (01) actividad con dos (02) acciones:

- **Sesión del Comité de Emergencias y Desastres (de acuerdo a eventos y operativos) (02).**
 - A través de su evidencia (Minuta y Lista de Participantes) presenta cumplimiento del 100%.

Producto 6:

- **Fortalecimiento de la Red de Emergencias de forma humanizada, eficiente y de calidad**

Comentario: Para este producto se contempla tras (03) actividad con cinco (05) acciones:

- **Implementación del modelo integrado de Atención de Emergencias y Urgencias (01).**
 - A través de su evidencia (Informe) presenta cumplimiento del 100%.
- **Seguimiento RAC-Triaje Pacientes Salas de Emergencias Hospitalarias (02).**
 - A través de su evidencia (Reporte) presenta cumplimiento del 100%.
- **Mantenimiento del carro de paro en las salas de emergencias (02).**
 - A través de su evidencia (Lista de chequeo carro de paro) presenta cumplimiento del 100%.

RESULTADO ESPERADO IV:

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.

Producto 7:

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

Comentario: Para este producto se contempla tres (03) actividades con cinco (05) acciones:

- **Sesiones de los comités de Calidad de los Servicios de Salud (01).**
 - Esta actividad fue reprogramada, por lo que para los fines internos no se computa como una actividad no ejecutada.
- **Seguimiento a la aplicación del listado de verificación de cirugía segura (01).**
 - Esta actividad fue reprogramada, por lo que para los fines internos no se computa como una actividad no ejecutada.
- **Actualización y reporte lista de espera quirúrgica (03).**
 - A través de sus evidencias (Reportes) presenta cumplimiento del 100%.

Producto 8:

- **Implementación SISMAP Salud.**

Comentario: Para este producto se contempla una (01) actividad con dos (02) acciones:

- **Seguimiento al cumplimiento del SISMAP Salud (02).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta cumplimiento del 100%.

Producto 9:

- **Programa de Gestión de Cita.**

Comentario: Para este producto se contempla una (01) actividad con seis (06) acciones:

- **Sincerizar y actualizar las agendas médicas (06).**
 - A través de sus evidencias (Reportes) presenta cumplimiento del 100%.

Producto 10:

- **Fortalecimiento de la gestión de usuarios para la adhesión a la cultura de servicios.**

Comentario: Para este producto se contempla cinco (05) actividades con nueve (09) acciones:

- **Encuesta de Satisfacción de Usuarios (02).**
 - A través de su evidencia (Informe) presenta cumplimiento del 100%.
- **Elaboración del plan de mejora productos resultados de la encuesta de satisfacción de usuario (01).**
 - A través de su evidencia (Plan) presenta cumplimiento del 100%.
- **Seguimiento a la ejecución del plan de mejora acorde al resultado obtenido en las encuestas (02).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta cumplimiento del 100%.
- **Promoción de la cartera de servicios y procesos internos de gestión de usuarios (02).**
 - A través de sus evidencias (Reporte) presenta cumplimiento del 100%.
- **Gestión de buzones de sugerencias (02).**
 - A través de su evidencia (Reporte) presenta cumplimiento del 100%.

Producto 11:

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

Comentario: Para este producto se contempla dos (02) actividades con cuatro (04) acciones:

- **Conformación de los Comités Hospitalarios (01).**
 - La conformación de todos los Comités del POA, fue ejecutada y validada su realización en el semestre enero-junio 2021, por ende, como no ha de efectuarse esta actividad se da como cumplida en un 100%.

- **Reuniones de los Comités Hospitalarios (03).**
 - De las tres acciones se realizaron dos a través de su evidencia (Informes) presenta un cumplimiento de un 66.66%

RESULTADO ESPERADO V:

Garantizada la atención integral con calidad y oportunidad, mediante la coordinación clínica y asistencial de los servicios de salud.

Producto 12:

- **Conectividad de la Red.**

Comentario: Para este producto se contempla una (01) actividades con dos (02) acciones:

- **Seguimiento al cumplimiento del proceso de referencia y contra referencia (02).**
 - A través de su evidencia (Informe) presenta cumplimiento del 100%.

RESULTADO ESPERADO VI:

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.0.

Producto 13:

- **Plan de capacitación Institucional.**

Comentario: Para este producto se contempla una (01) actividades con dos (02) acciones:

- **Seguimiento al desarrollo del Plan de Capacitación del CEAS 2021 (02).**
 - A través de su evidencia (Informe) presenta cumplimiento del 100%.

RESULTADO ESPERADO VII:

Personal trabaja bajo un clima de satisfacción, realización personal y sentido de pertenencia hacia la institución.

Producto 14:

- **Política de Recursos Humanos (Clima y seguridad Laboral).**

Comentario: Para este producto se contempla tres (03) actividades con nueve (09) acciones:

- **Implementación plan de mejora encuesta de clima laboral (según aplique) (02).**
 - A través de su evidencia (Informe) presenta cumplimiento del 100%.
- **Evaluación desempeño del personal (01).**
 - A través de su evidencia (Reporte) presenta cumplimiento del 100%.
- **Seguimiento al cumplimiento de horario en el CEAS (06).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta cumplimiento del 100%.

RESULTADO ESPERADO VIII:

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.

Producto 15:

- **Implementación Protocolo Auditoría Calidad del Dato.**

Comentario: Para este producto se contempla una (01) actividad con seis (06) acciones:

- **Autoevaluación de calidad de datos de reportes rutinarios (06).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta cumplimiento del 100%.

Producto 16:

- **Fortalecimiento del Sistema de Información del CEAS).**

Comentario: Para este producto se contempla una (01) actividades y seis (06) acciones:

- **Reporte de producción de servicios de salud de manera oportuna (06).**
 - A través de sus evidencias (Registro digital) presenta cumplimiento del 100%.

Producto 17:

➤ **Fortalecimiento de la Planificación Institucional.**

Comentario: Para este producto se contempla siete (07) actividades y once (11) acciones:

- **Elaboración del POA 2022 (01)**
 - A través de su evidencia (Plan) presenta cumplimiento del 100%.
- **Elaboración del PACC 2022 (01).**
 - A través de su evidencia (Plan) presenta cumplimiento del 100%.
- **Elaboración de la Memoria Institucional 2021 (01).**
 - A través de su evidencia (Memorias) presenta cumplimiento del 100%.
- **Levantamiento de los proyectos de cooperación finalizados en el 2020 y en ejecución (01).**
 - A través de su evidencia (Reporte) presenta cumplimiento del 100%.
- **Seguimiento a la implementación del Plan de Mejora CAF (02).**
 - A través de su evidencia (Informe) presenta un cumplimiento del 100%.
- **Sesiones de trabajo comité de calidad (03).**
 - De sus 3 actividades una tuvo que ser reprogramada, por lo que en la presentación de sus evidencias (Lista de Participantes y Minuta) correspondiente a ambas actividades presenta cumplimiento del 66.66%,
- **Seguimiento a la implementación Carta Compromiso al Ciudadano (CCC) (02).**
 - A través de su evidencia (Plan) presenta cumplimiento del 100%.

Producto 18:

➤ **Fortalecimiento de la estructura tecnológica de la Red CEAS.**

Comentario: Para este producto se contempla dos (02) actividad y tres (03) acciones:

- **Soporte a los requerimientos tecnológicos internos (02).**
 - A través de sus evidencias (Reportes) presenta cumplimiento del 100 %.

- **Readecuación de infraestructura tecnológicas del CEAS (01).**
 - A través de sus evidencias (Reportes) presenta cumplimiento del 100 %.

Producto 19:

- **Portales de Transparencia del CEAS.**

Comentario: Para este producto se contempla tres (03) actividades y diez (10) acciones:

- **Actualización del portal de transparencia (06).**
 - A través de sus evidencias (Registro digital) presenta cumplimiento de 100 %
- **Reunión de seguimiento al comité de medios web (02).**
 - A través de sus evidencias (Lista de Participantes y Minuta) presenta cumplimiento del 100%.
- **Análisis y seguimiento al proceso de Quejas y Sugerencias del portal de Atención Ciudadana 311 (02).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta cumplimiento del 100%

Producto 20:

- **Implementación del Plan de Hostelería Hospitalaria.**

Comentario: Para este producto se contempla una (01) actividad y dos (02) acciones:

- **Seguimiento a la implementación del plan de fortalecimiento de los servicios de hostelería hospitalaria (02).**
 - A través de su evidencia (Informes) se presenta un cumplimiento del 100%.

Producto 21:

- **Implementación del Plan de Mantenimiento e Infraestructura.**

Comentario: Para este producto se contempla dos (02) actividades y tres (03) acciones:

- **Elaboración del plan de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura 2022 (01).**
 - A través de su evidencia (Plan) presenta cumplimiento del 100 %.

- **Seguimiento a la implementación del plan de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura 2021 (02).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta cumplimiento del 100 %.

RESULTADO ESPERADO IX:

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.

Producto 22:

- **Implementación del Sistema de Administración de Bienes.**

Comentario: Para este producto se contempla una (01) actividades y dos (02) acciones:

- **Actualización trimestral del Inventario CEAS (02).**
 - A través de su evidencia (Registro Digital) presenta cumplimiento del 100 %.

Producto 23:

- **Fortalecimiento de la gestión financiera del CEAS.**

Comentario: Para este producto se contempla seis (06) actividades y once (11) acciones:

- **Análisis de ejecución presupuestaria enfocada a la programación trimestral (02).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta cumplimiento del 100 %.
- **Análisis comportamiento pago (02).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta cumplimiento del 100 %.
- **Análisis de Gestión de Tesorería (02).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta cumplimiento del 100 %.
- **Elaboración y análisis de los Estados Financieros del CEAS (02).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta cumplimiento del 100 %.
- **Seguimiento y análisis al proceso de facturación por venta de servicios a ARS en el CEAS (02).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta cumplimiento del 100 %.

- **Autoevaluación de las “NOBACI” (01).**
 - La ejecución de esta actividad depende de otras instancias y dado que al momento de este informe no se ha dado ese acompañamiento para la “autoevaluación”, esta actividad no se computa como no ejecutada.

Producto 24:

- **Disminución de Objeciones Médicas.**

Comentario: Para este producto se contempla tres (03) actividades y nueve (09) acciones:

- **Auditoría concurrente de los expedientes clínicos (06).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta cumplimiento del 100 %.
- **Seguimiento a los planes de mejora para disminución de las objeciones médicas (02).**
 - A través de sus evidencias (Informes) presenta cumplimiento del 100 %.

**CUADROS DE RESULTADO DE LAS ACCIONES EJECUTADAS
DEL PLAN OPERATIVO ANUAL
JULIO – DICIEMBRE 2021**

1. DIRECCION GENERAL

Cuadro No. 1 Dirección General: acciones realizadas POA julio-diciembre 2021

| Actividad | Programadas | Ejecutadas | Nivel de Cumplimiento | Responsable |
|--|-------------|------------|-----------------------|------------------------------------|
| Sesión del Comité de Emergencias y Desastres (de acuerdo a eventos y operativos) | 2 | 2 | 100% | Comité Emergencia y Desastre |
| Encuesta de Satisfacción de Usuarios | 2 | 2 | 100% | Div. Atención al Usuario |
| Elaboración del plan de mejora productos resultados encuesta de satisfacción de usuario | 1 | 1 | 100% | Div. Atención al Usuario |
| Seguimiento a la ejecución del plan de mejora acorde al resultado en las encuestas | 2 | 1* | 100% | Div. Atención al Usuario |
| Promoción de la cartera de servicios y procesos internos de gestión de usuarios | 2 | 2 | 100% | Div. Atención al Usuario |
| Gestión de buzones de sugerencias | 2 | 2 | 100% | Div. Atención al Usuario |
| Conformación de los comités hospitalarios | 1 | 1 | 100% | Div. Planificación |
| Reuniones de los comités hospitalarios | 3 | 3 | 100% | Comité Hospitalario |
| Soporte a los requerimientos tecnológicos internos | 2 | 2 | 100% | Div. de Tecnología |
| Readecuación de Infraestructura Tecnológica del CEAS | 1 | 1 | 100% | Div. de Tecnología |
| Actualización del portal de transparencia | 6 | 6 | 100% | Oficina de Acceso a la Información |
| Reunión de seguimiento al comité de medios web | 2 | 2 | 100% | Div. de Tecnología |
| Análisis y seguimiento al proceso de Quejas y Sugerencias del portal de Atención Ciudadana 311 | 2 | 2 | 100% | Oficina de Acceso a la Información |
| Auditoría concurrente de los expedientes clínicos | 6 | 6 | 100% | Div. de Auditoría Médica |
| Seguimiento a los planes de mejora para disminución de las objeciones médicas | 2 | 2 | 100% | Div. de Auditoría Médica |
| TOTAL | 36 | 35 | 100% | |

Fuente: Matriz Identificación de/Resultados/Productos/Actividades y Programación CEAS 2021.

* Esta actividad no requirió de un 2do. Plan, por lo que para los fines de valoración no se computa como no ejecutada.

2. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

Cuadro No. 2 Dpto. Administrativo: acciones realizadas POA julio-diciembre 2021

| Actividad | Programadas | Ejecutadas | Nivel de Cumplimiento | Responsable |
|---|--------------------|-------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Adecuación de las áreas de laboratorio y de imágenes para prestación de servicios 24 h | 1 | 1 | 100% | Secc. Mantenimiento |
| Reporte mensual de lo recibido por PROMESE-CAL Vs lo solicitado y por compra administrativa a la URGM | 6 | 6 | 100% | Secc. Almacén |
| Elaboración del PACC 2022 | 1 | 1 | 100% | Secc. de Compras |
| Seguimiento a la implementación del plan de fortalecimiento de los servicios de hostelería hospitalaria | 2 | 2 | 100% | Secc. Hostelería Hospitalaria |
| Elaboración del plan de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura 2022 | 1 | 1 | 100% | Secc. Mantenimiento |
| Seguimiento a la implementación del plan de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura 2021 | 2 | 2 | 100% | Secc. Mantenimiento |
| Actualización trimestral del Inventario CEAS | 2 | 2 | 100% | Secc. Tesorería Secc. Contabilidad |
| Análisis de ejecución presupuestaria enfocada a la programación trimestral | 2 | 2 | 100% | Secc. Tesorería Secc. Contabilidad |
| Análisis comportamiento pago | 2 | 2 | 100% | Secc. Tesorería Secc. Contabilidad |
| Análisis de Gestión de Tesorería | 2 | 2 | 100% | Secc. Tesorería Secc. Contabilidad |
| Elaboración y análisis de los Estados Financieros del CEAS | 2 | 2 | 100% | Secc. Tesorería Secc. Contabilidad |
| Seguimiento y análisis al proceso de facturación por venta de servicios a ARS en el CEAS | 2 | 2 | 100% | Secc. Tesorería Secc. Contabilidad |
| Autoevaluación de las NOBACI | 1 | 1* | 0% | |
| | 26 | 25 | 100% | |

Fuente: Matriz Identificación de /Resultados/Productos/Actividades y Programación CEAS 2021,

* Esta actividad no recibió el acompañamiento para su ejecución, por lo que para los fines de valoración no se computa como no ejecutada.

3. DEPARTAMENTO MÉDICO

Cuadro No. 3 Departamento Médico: acciones realizadas POA julio-diciembre 2021

| Actividad | Programadas | Ejecutadas | Nivel de cumplimiento | Responsable |
|--|-------------|------------|-----------------------|---|
| Reporte servicios odontológicos | 2 | 2 | 100% | Div. de Salud Bucal |
| Seguimiento a los servicios diagnósticos (con turno que abarquen 24 horas) | 2 | 2 | 100% | Secc. De Laboratorio Clínico y Secc. De Imágenes |
| Sesión del comité de Fármaco-Terapéutica | 2 | 2 | 100% | Comité y Secc. de Farmacia |
| Implementación del Modelo Integrado de Atención de Emergencias y Urgencias | 1 | 1 | 100% | Div. de Emergencia y Urgencias |
| Seguimiento RAC-Triaje Pacientes Salas de Emergencias Hospitalarias | 2 | 2 | 100% | Div. de Emergencia y Urgencias |
| Mantenimiento del carro de paro en las salas de emergencias | 2 | 2 | 100% | Div. Emergencia y Urgencias |
| Sesiones de los Comité de Calidad de los Servicios de Salud | 1 | 0 | 0% | Comité de Calidad Servicios de Salud |
| Seguimiento a la aplicación del listado de verificación de la cirugía segura | 1 | 0 | 0% | Secc. Programación Quirúrgica |
| Seguimiento al cumplimiento del proceso de referencia y contra referencia | 2 | 2 | 100% | Enc. Consultas Médicas |
| Sincerizar y actualizar las agendas médicas | 6 | 6 | 100% | Enc. Consultas Médicas / Div. Atención al Usuario |
| Actualización y reporte lista de espera quirúrgica | 3 | 3 | 100% | Secc. Programación Quirúrgica |
| | 24 | 22 | 92% | |

Fuente: Matriz Identificación de /Resultados/Productos/Actividades y Programación CEAS 2021.

4. DIVISION DE RECURSOS HUMANOS

Cuadro No. 4 División de Recursos Humanos: acciones realizadas POA julio-diciembre 2021

| Actividad | Programadas | Ejecutadas | Nivel de Cumplimiento | Responsable |
|---|-------------|------------|-----------------------|-----------------------|
| Elaboración al Plan de Capacitación del CEAS 2022 | 1 | 1 | 100% | Div. Recursos Humanos |
| Seguimiento al desarrollo del Plan de Capacitación del CEAS 2021 | 2 | 2 | 100% | Div. Recursos Humanos |
| Implementación plan de mejora Encuesta de clima laboral (según aplique) | 2 | 2 | 100% | Div. Recursos Humanos |
| Evaluación Desempeño del personal | 1 | | 100% | Div. Recursos Humanos |
| Seguimiento al cumplimiento de horario en el CEAS | 6 | 6 | 100% | Div. Recursos Humanos |
| | 12 | 11 | 100% | |

Fuente: Matriz Identificación de /Resultados/Productos/Actividades y Programación CEAS 2021

5. DIVISION DE PLANIFICACION Y DESARROLLO

Cuadro No. 5: División de Planificación y Desarrollo: acciones realizadas julio-diciembre POA 2021

| Actividad | Programadas | Ejecutadas | Nivel de Cumplimiento | Responsable |
|--|-------------|------------|-----------------------|---------------------------------|
| Seguimiento al control de co-infecciones TB-VIH | 6 | 6 | 100% | Secc. Epidemiología |
| Seguimiento al cumplimiento del SISMAP Salud | 2 | 2 | 100% | Secc. Calidad |
| Autoevaluación de calidad de datos de reportes rutinarios | 6 | 6 | 100% | Estadística |
| Reporte de producción de servicios de salud de manera oportuna | 6 | 6 | 100% | Estadística |
| Elaboración del POA 2022 | 1 | 1 | 100% | Div. Planificación y Desarrollo |
| Elaboración de la Memoria Institucional 2021 | 1 | 1 | 100% | Div. Planificación y Desarrollo |
| Levantamiento de los Proyectos de Cooperación finalizados en el 2020 y en ejecución. | 1 | 1 | 100% | Monitoreo y Evaluación |
| Seguimiento a la implementación del Plan de Mejora CAF | 2 | 2 | 100% | Secc. Calidad |
| Sesiones de trabajo comité de calidad | 3 | 2 | 66.66% | Secc. Calidad |
| Seguimiento a la implementación Carta Compromiso al Ciudadano (CCC) | 2 | 2 | 100% | Secc. Calidad |
| | 30 | 29 | 97% | |

Fuente: Matriz Identificación de /Resultados/Productos/Actividades y Programación CEAS 2021

6. CUADRO EVALUACION NIVEL CUMPLIMIENTO POA 2021

Cuadro No. 6 Evaluación nivel de cumplimiento POA julio-diciembre

| Dirección / Departamentos | Nivel de Cumplimiento |
|--|-----------------------|
| DIRECCION GENERAL | 100 % |
| DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO y FINANCIERO | 100 % |
| DEPARTAMENTO MEDICO | 92 % |
| DIVISION DE RECURSOS HUMANOS | 100 % |
| DIVISION de PLANIFICACION Y DESARROLLO | 97 % |
| Promedio Total | 97.80 %* |

Fuente: Matriz Identificación de / Resultados /Actividades y Programación CEAS 2021

*Este valor porcentual se corresponde con el cómputo de las actividades programadas y realizadas.

CONCLUSIONES

En el desarrollo del trabajo de Monitoreo y Evaluación del POA 2021, específicamente en el período julio-diciembre, muy a pesar del rebrote y continuación de la pandemia (COVID-19) y su incidencia en la actividad social y económica, las autoridades: la Dirección General, el Departamento Administrativo, el Departamento Médico, la División de Recursos Humanos y la División de Planificación y Desarrollo, sumado al de los encargados de las diferentes áreas administrativa , jefes de servicios médicos y de salud en sus diferentes especialidades, así como sus respectivos personal, evidenciaron una vez más el nivel de compromiso para cumplir con los requerimientos establecidos en los indicadores del POA 2021.

Las actividades y acciones llevadas a cabo, salvo excepciones citadas por la incidencia de factores externos ante la persistencia de la Pandemia, se ejecutaron en un 97.80%, cumpliendo así las metas trazadas por la Dirección de Planificación y Desarrollo Estratégico Institucional, del Servicio Nacional de Salud (SNS), en el período julio-diciembre del Plan Operativo Anual 2021.

RECOMENDACIONES

- Que la Dirección General, el Departamento Administrativo, el Departamento Médico, la División de Recursos Humanos y la División de Planificación y Desarrollo, concomitantemente con los encargados de las diferentes áreas administrativas y de salud, continúen el compromiso de dar seguimiento al cumplimiento de las acciones del Plan Operativo Anual, para generar a tiempo los medios de verificación que soporten y garanticen la calidad de su contenido y su correcta ejecución.
- Que la División de Planificación y Desarrollo en coordinación con la Dirección General, el Departamento Administrativo, el Departamento Médico y la División de Recursos Humanos, previa reunión con sus respectivos equipos de trabajo bajo su dirección, identifiquen las posibles causas que puedan dificultar la entrega a tiempo de las evidencias, para así diseñar las acciones de mejoras, con el objetivo de planificar y ejecutar a tiempo el cumplimiento de los objetivos del POA.
- Que los responsables de generar y presentar las evidencias de las áreas administrativa y de salud, con el apoyo y acompañamiento del Departamento de Planificación y Desarrollo, fortalezcan procedimientos y mecanismos de seguimiento para analizar con su superior inmediato la revisión y mejora de las acciones contempladas en el POA.

Lic. Aquiles Rodríguez Salcedo
Analista Monitoreo y Evaluación
División de Planificación y Desarrollo

ANEXO: Matriz POA 2021, Identificación de /Resultados /Productos /Actividades y Programación CEAS 2021, Dirección de Planificación y Desarrollo del Servicio Nacional de Salud.

Informe Monitoreo y Evaluación
Plan Operativo Anual (POA) julio-diciembre 2021
Hospital Traumatólogo Dr. Darío Contreras

| <div style="text-align: center;">  <p>Servicio Nacional de Salud Dirección de Planificación y Desarrollo Programación de actividades HOSPITAL DOCENTE TRAUMATOLOGICO DR. DARIO CONTRERAS 2021</p> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|--|
| <div style="text-align: center;"> <p>POA 2021 S.R.S.M. VFA02 (versión final aprobada en mayo 2021)</p> <p>HOSPITAL DOCENTE TRAUMATOLOGICO DR.DARIO CONTRERAS</p> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="text-align: center;"> <p>CEAS:</p> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultados Esperados | Productos | Código | Actividades Programables Presupuestables | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Total de Acciones | Medio de Verificación 1 | Medio de Verificación 2 | Medio de Verificación 3 | Responsable |
| 1.1.1 Redes de servicios integrados | 1.1.1.1 Provisión de servicios de salud bucal individual y colectiva | HDC 1.1.1.1.02 | Reporte servicios odontológicos | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | 4 | Reporte | | | Dpto. Maxilofacial |
| 1.1.1 Redes de servicios integrados | 1.1.1.2 Acceso a Servicios Diagnósticos y Gestión de Sangre Segura | HDC 1.1.1.2.01 | Adecuación de las áreas de laboratorio y de imágenes para prestación de servicios 24 h | | | | | | 1 | | | | | | 1 | 2 | Reporte | | | Dirección Administrativa Dpto. Mantenimiento |
| 1.1.1 Redes de servicios integrados | 1.1.1.2 Acceso a Servicios Diagnósticos y Gestión de Sangre Segura | HDC 1.1.1.2.02 | Seguimiento a los servicios diagnósticos (con turno que abarquen 24 horas) | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 4 | Informe | | | Dpto. Laboratorio | |
| 1.1.1 Redes de servicios integrados | 1.1.1.2 Acceso a Servicios Diagnósticos y Gestión de Sangre Segura | HDC 1.1.1.2.03 | Actualización o conformación del club de donantes | | | 1 | | | | | | | | | 1 | 1 | Acta de conformación | | | Dirección General Dpto. Banco de Sangre |
| 1.1.1 Redes de servicios integrados | 1.1.1.3 Mejora de la provisión de medicamentos e insumos | HDC 1.1.1.3.01 | Reporte mensual de lo recibido por PROMESE-CALVs lo solicitado y por compra administrativa a la URGM | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | Reporte | | | Dirección Administrativa Dpto. Almacén |
| 1.1.1 Redes de servicios integrados | 1.1.1.3 Mejora de la provisión de medicamentos e insumos | HDC 1.1.1.3.02 | Programación individual de medicamentos e insumos del CEAS | | | | 1 | | | | | | | | 1 | 1 | Reporte | | | Dpto. Farmacia |
| 1.1.1 Redes de servicios integrados | 1.1.1.3 Mejora de la provisión de medicamentos e insumos | HDC 1.1.1.3.03 | Sesión del comité de Farmaco-Terapéutica | | | 1 | | | 1 | | | | | | 4 | 4 | Minuta | Listado de participación | | Dpto. Farmacia Dpto. Enfermería |
| 1.1.4 Reducida la morbi-mortalidad | 1.1.4.1 Fortalecimiento de los servicios de atención a pacientes con TB-VIH | HDC 1.1.4.1.01 | Seguimiento al control de coinfecciones TB-VIH | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | Informe | | | Dpto. Epidemiología |
| 1.1.5 Incrementada la capacidad | 1.1.5.1 Fortalecimiento de los servicios de emergencia y apoyo ante desastres en la Red | HDC 1.1.5.1.02 | Elaboración y/o actualización Plan de Emergencias y Desastres Hospitalarios | | | | | | 1 | | | | | | 1 | 1 | Plan | | | Dirección General Comité Emergencia y Desastre |
| 1.1.5 Incrementada la capacidad | 1.1.5.1 Fortalecimiento de los servicios de emergencia y apoyo ante desastres en la Red | HDC 1.1.5.1.03 | Conformación y/o actualización del Comité de Emergencias y Desastres | | | 1 | | | | | | | | | 1 | 1 | Acta de conformación | | | Dirección General Comité Emergencia y Desastre |
| 1.1.5 Incrementada la capacidad | 1.1.5.1 Fortalecimiento de los servicios de emergencia y apoyo ante desastres en la Red | HDC 1.1.5.1.04 | Sesión del Comité de Emergencias y Desastres (de acuerdo a eventos y operativos) | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 4 | 4 | Listado de participación | Minuta | | Dirección General Comité Emergencia y Desastre |
| 1.1.5 Incrementada la capacidad | 1.1.5.2 Fortalecimiento de la Red de Emergencias de forma humanizada, eficiente y de calidad | HDC 1.1.5.2.01 | Implementación del Modelo Integrado de Atención de Emergencias y Urgencias | | | | | | | | 1 | | | | 1 | 1 | Informe | | | Dirección General Enc. Emergencia |
| 1.1.5 Incrementada la capacidad | 1.1.5.2 Fortalecimiento de la Red de Emergencias de forma humanizada, eficiente y de calidad | HDC 1.1.5.2.02 | Seguimiento RAC-Triaje Pacientes Salas de Emergencias Hospitalarias | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 4 | 4 | Reporte | | | Dirección General Enc. Emergencia |
| 1.1.5 Incrementada la capacidad | 1.1.5.2 Fortalecimiento de la Red de Emergencias de forma humanizada, eficiente y de calidad | HDC 1.1.5.2.03 | Mantenimiento del carro de paro en las salas de emergencias | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 4 | 4 | Lista de chequeo carro de paro | | | Enc. Emergencia Dpto. Mantenimiento |
| 1.1.5 Incrementada la capacidad | 1.1.5.3 Desarrollo, Gestión y coordinación de traslados de pacientes en las redes de servicios de emergencias. | HDC 1.1.5.3.01 | Implementación Procedimiento de Traslado Interhospitalario de Pacientes Emergentes y Urgentes | | | | | | 1 | | | | | | 1 | 1 | Reporte | | | Enc. Emergencia Dpto. Enfermería |
| 1.2.1 Desarrollo y mantenimiento | 1.2.1.1 Calidad en la oferta de los servicios a través del cumplimiento de los protocolos clínicos y quirúrgicos. | HDC 1.2.1.1.01 | Actualización y/o conformación del Comité de Calidad de los Servicios | | 1 | | | | | | | | | | 1 | 1 | Acta de conformación | | | Comité de Calidad |
| 1.2.1 Desarrollo y mantenimiento | 1.2.1.1 Calidad en la oferta de los servicios a través del cumplimiento de los protocolos clínicos y quirúrgicos. | HDC 1.2.1.1.02 | Sesiones de los Comité de Calidad de los Servicios de Salud | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | Listado de participación | Minuta | | Comité de Calidad Servicios de Salud |
| 1.2.1 Desarrollo y mantenimiento | 1.2.1.1 Calidad en la oferta de los servicios a través del cumplimiento de los protocolos clínicos y quirúrgicos. | HDC 1.2.1.1.03 | Seguimiento a la aplicación del listado de verificación de la cirugía segura | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | Informe | | | Comité de Calidad Servicios de Salud |
| 1.2.1 Desarrollo y mantenimiento | 1.2.1.1 Calidad en la oferta de los servicios a través del cumplimiento de los protocolos clínicos y quirúrgicos. | HDC 1.2.1.1.04 | Actualización y reporte lista de espera quirúrgica | | | | | | | | | | 1 | 1 | 3 | 3 | Reporte | | | Dpto. Programación Quirúrgica |
| 1.2.1 Desarrollo y mantenimiento | 1.2.1.2 Implementación SISMAP Salud | HDC 1.2.1.2.01 | Seguimiento al cumplimiento del SISMAP Salud | | | 1 | | | 1 | | | | | | 4 | 4 | Informe | | | Dpto. Monitoreo y Evaluación |
| 1.2.1 Desarrollo y mantenimiento | 1.2.1.3 Programa de Gestión de Cita | HDC 1.2.1.3.01 | Sincronizar y actualizar las agendas médicas | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | Reporte | | | Enc. Consultas Dpto. atención al Usuario |
| 1.2.1 Desarrollo y mantenimiento | 1.2.1.4 Fortalecimiento de la gestión de usuarios para la adhesión a la cultura de servicios | HDC 1.2.1.4.01 | Encuesta de Satisfacción de Usuarios | | | | 1 | | | 1 | | | | | 3 | 3 | Informe | | | Dpto. Atención al Usuario |
| 1.2.1 Desarrollo y mantenimiento | 1.2.1.4 Fortalecimiento de la gestión de usuarios para la adhesión a la cultura de servicios | HDC 1.2.1.4.02 | Implementación del sistema de gestión de citas para organizar las salas de espera (antes, durante y después de la atención al usuario) | | | 1 | | | | | | | | | 1 | 1 | Reporte | | | Dpto. Atención al Usuario |
| 1.2.1 Desarrollo y mantenimiento | 1.2.1.4 Fortalecimiento de la gestión de usuarios para la adhesión a la cultura de servicios | HDC 1.2.1.4.03 | Elaboración del plan de mejora productos resultados de la encuesta de satisfacción de usuario | | | | | | 1 | | | | | | 2 | 2 | Plan | | | Dpto. Atención al Usuario |
| 1.2.1 Desarrollo y mantenimiento | 1.2.1.4 Fortalecimiento de la gestión de usuarios para la adhesión a la cultura de servicios | HDC 1.2.1.4.04 | Seguimiento a la ejecución del plan de mejora acorde al resultado obtenido en las encuestas | | | 1 | | | 1 | | | | | | 4 | 4 | Informe | | | Dpto. Atención al Usuario |
| 1.2.1 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 mejoras resultados en materia de salud lo que se traduzca en el | 1.2.1.4 Fortalecimiento de la gestión de usuarios para la adhesión a la cultura de servicios | HDC 1.2.1.4.05 | Promoción de la cartera de servicios y procesos internos de gestión de usuarios | | | 1 | | | 1 | | | | | | 4 | 4 | Reporte | | | Dpto. Atención al Usuario |
| 1.2.1 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 mejoras resultados en materia de salud lo que se traduzca en el | 1.2.1.4 Fortalecimiento de la gestión de usuarios para la adhesión a la cultura de servicios | HDC 1.2.1.4.06 | Gestión de buzones de sugerencias | | | | | | 1 | | | | | | 3 | 3 | Reporte | | | Dpto. Atención al Usuario |
| 1.2.1 Desarrollo y mantenimiento | 1.2.1.5 Estructuración de los Comités de Salud Hospitalarios según el Reglamento 434-07 | HDC 1.2.1.5.01 | Conformación de los comités hospitalarios | | | 1 | | | | | | 1 | | | 2 | 2 | Acta de Constitución | | | Dirección General |
| 1.2.1 Desarrollo y mantenimiento | 1.2.1.5 Estructuración de los Comités de Salud Hospitalarios según el Reglamento 434-08 | HDC 1.2.1.5.02 | Reuniones de los comités hospitalarios | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 6 | Lista de participantes | Minuta | | Comité Hospitalario |
| 2.2.1 Garantizada la atención | 2.2.1.1 Conectividad de la Red | HDC 2.2.1.1.01 | Seguimiento al cumplimiento del proceso de referencia y | | | 1 | | | 1 | | | | | | 4 | 4 | Informe | | | Enc. Consultas Dpto. Atención al Usuario |
| 3.2.1 Incrementar las competencias institucionales | 3.2.1.1 Plan de capacitación institucional | HDC 3.2.1.1.01 | Elaboración al Plan de Capacitación del CEAS 2022 | | | | | | 1 | | | | | | 1 | 1 | Plan | | | Dpto. Recursos Humanos |
| 3.2.1 Incrementar las competencias institucionales | 3.2.1.1 Plan de capacitación institucional | HDC 3.2.1.1.02 | Seguimiento al desarrollo del Plan de Capacitación del CEAS 2021 | | | 1 | | | 1 | | | | | | 4 | 4 | Informe | | | Dpto. Recursos Humanos |

