

FECHA: 20/01/2025

DATOS GENERALES

Lugar: DCSNS SRS Hospital CPN

***Nombre del lugar:** OFICINA REGIONAL CIBAO SUR

Área: PLANIFICACION

Nombre de la Actividad: MONITOREO POA T4 2024 - SRSCS

Código POA (Si aplica): 4.1.1.10.04

INTRODUCCIÓN

El Plan Operativo Anual (POA) constituye una herramienta fundamental para las instituciones del sector salud, como el Servicio Regional de Salud Cibao Sur (SRSCS).

Este instrumento detalla las acciones estratégicas, objetivos y metas que se ejecutarán a lo largo de un año presupuestado, con el propósito de alcanzar los objetivos institucionales a largo plazo. El POA no es simplemente un documento estático, sino una guía dinámica que orienta las operaciones a reportar ya sea mensual, trimestral y otros rangos, además garantiza que los recursos se destinen de manera eficiente hacia las áreas prioritarias.

El análisis detallado de los datos obtenidos permite a las autoridades de salud obtener una visión clara del desempeño institucional y detectar posibles obstáculos que puedan afectar el logro de los objetivos. De esta manera, se garantiza que los servicios de salud ofrecidos sean de alta calidad y estén alineados con las necesidades de la población. El monitoreo continuo del POA no solo es una exigencia de buena gestión, sino también una inversión en la mejora continua de la calidad de atención.

OBJETIVO DEL INFORME

Presentar los resultados de las Evaluaciones del POA realizadas a cada CEAS y la OR del Cibao Sur, por la auditora regional de Monitoreo y Evaluación. Ayudar en la ejecución y presentación de las evidencias. Revisar y validar el cumplimiento de las actividades programadas para el alcance de las metas propuestas.

METODOLOGIA (Si aplica)

El monitoreo del POA del SRSCS para el cuarto trimestre del año 2024 se realizó mediante la revisión de los informes, reportes y matrices de avance de las diferentes áreas de la institución y de los 17 CEAS del Cibao Central a través de la Matriz de Evaluación del POA (MEP).

DESARROLLO / HALLAZGOS

El logro de este monitoreo se fundamentó en un esfuerzo considerable y meticuloso que involucró tanto visitas presenciales como evaluaciones virtuales a los Centros de Atención Especializada en Salud (CEAS), este trimestre la mayoría de las evaluaciones fueron remotas, esto no impidió que el trabajo se realizara con la eficacia que siempre caracteriza este departamento.

En una evaluación virtual se le dedica promedio de 5 horas en cada uno, para realizar una revisión exhaustiva de la documentación relacionada con el reporte de POA. Este proceso incluyó la verificación minuciosa de cada documento presentado para garantizar la integridad y precisión de los datos recopilados. Este enfoque combinado de visitas presenciales y evaluaciones virtuales demostró ser crucial para obtener una visión integral del desempeño de los CEAS durante el período evaluado.

La evaluación realizada por el Departamento de Monitoreo y Evaluación del SRSCS, presentando entonces un promedio de cumplimiento individual de cada CEAS y nuestra oficina regional, además se anexa un párrafo que explica los hallazgos comunes de esta ejecución POA para T4 2024, los datos son:

1- ARMIDA GARCIA

MEP T4: 71% | Por las siguientes razones: Recién entregado de remozamiento en septiembre, poco a poco ha ido reanudando sus servicios, por esta razón tuvieron muchas debilidades, como carencia de contenido, de datos, falta de sellos, evidencias no presentadas, fechas y documentos no correspondían al mes de su reporte, algunas que otras con falta de sus medios.

2- CEVICOS

MEP T4: 92% | Por las siguientes razones: Este centro se encuentra en un 60% intervenido, las evidencias carecen de contenido y de especificaciones, faltan formularios y reportes trimestrales, así como evidencia crucial no ha sido presentada. Además, no se cuenta con un carro de paro, ni personal de CSS, ni un área de cirugía funcional. El remozamiento ha sido mencionado repetidamente sin avances concretos, y en agosto no se remitió el Excel correspondiente de las encuestas. La persona responsable no firma los listados, y el portal y los formularios de liquidación no están disponibles.

3- COLUMNA

MEP T4: 86% | Por las siguientes razones: Uno de los informes carece de contenido adecuado, con datos incorrectos y actividades no correspondientes, además de faltar la cobertura trimestral y copias del seguimiento al plan. No se han presentado evidencias necesarias, ni se han entregado las minutas correspondientes, y la matriz no está alineada con lo requerido. También faltan capturas de envío y el hospital no cuenta con un portal.

4- JUAN A. CASTILLO

MEP T4: 82% | Por las siguientes razones: Entrega fuera de fecha de los informes, que debían ser entregados en julio pero se recibieron en agosto, con falta de personal para realizar algunas actividades. Se emitió una carta de justificación en septiembre por la ausencia de personal. Las evidencias no fueron presentadas en múltiples ocasiones, y falta una matriz estandarizada. Además, el reporte trimestral no fue entregado y no se tiene acceso al portal. Varias actividades fueron reprogramadas por el SNS.

5- MAIMON

MEP T4: 86 % | Por las siguientes razones: A pesar de que se encuentra en un 90% de remozamiento y trabajando en otro plantel, el CEAS presenta un avance significativo en las actividades presentadas. Solo presenta campos vacíos, falta de donantes debido al cambio de local y la no presentación de informes. Se menciona repetidamente la necesidad de remozamiento y la falta de un listado de participación y de formularios del Modelo Hospitalario. Además, el plan presentado no corresponde a la actividad, y el informe de julio presenta errores en la fecha y carece de firma de RRHH en agosto. El hospital no cuenta con personal suficiente ni con un portal funcional, y falta el informe trimestral de julio. Varias actividades han sido reprogramadas por el SNS.

6- RAMON BAEZ

MEP T4: 93% | Por las siguientes razones: Falta de evidencias presentadas y la ausencia de un centro de vacunación. No se cuenta con una matriz del modelo hospitalario, ni un carro de paro, y faltan datos esenciales. No tienen cirugía y se observan errores de fechas, se ha evidenciado un puntaje en aumento, por la dedicación y seguimiento tanto de su directora como de la Enc. De planificación, Campos vacíos, y la presentación de evidencia no correspondiente a lo que se pide El hospital carece de un espacio para capacitaciones.

7- VILLA LA MATA

MEP T4: 92% | Por las siguientes razones: Presenta varias observaciones como el uso de un código erróneo en los listados y minutas, la falta de presentación de evidencia del trimestre evaluado y la ausencia de un carro de paro. Además, se identificaron errores de fecha, formato incorrecto en los reportes y la falta de formularios del SNS. El hospital no cuenta con un CCC ni un portal funcional, y falta el detalle de la deuda del área de odontología.

8- PEDRO A. CESPEDES

MEP T4: 69% | Por las siguientes razones: Falta de cobertura trimestral, errores de fecha en el contenido, y reportes que carecen de información clave. A pesar de presentar algunos informes, estos no incluyen datos trimestrales ni actas constitutivas, y faltan sellos. Varias evidencias no han sido presentadas y se observan campos vacíos en los documentos. Además, faltan listados de participación, formularios y capturas de oportunidad, una disminución notable de la ejecución de las evidencias.

9- CENSAIDE

MEP T4: 34% | Por las siguientes razones: Muchas actividades e informes fueron invalidados o fraccionados por no haberse presentado evidencias o por campos vacíos en los formularios y anexos. Faltan acuerdos en las minutas, así como firmas de responsables, especialmente en los meses de julio, agosto y septiembre. Los reportes trimestrales no se presentaron, y el hospital no cuenta con un portal funcional ni una justificación adecuada para las omisiones. Además, se han detectado errores de fecha y uso incorrecto de medios en los informes.

10- MORILO KING

MEP T4: 81% | Por las siguientes razones: Varias actividades y evidencias no fueron presentadas o fueron fraccionadas debido a la falta de contenido y errores en los formularios. La ausencia de reportes trimestrales, capturas de pantalla, y el tablero de indicadores para los tres meses evaluados son recurrentes. Se identificaron errores en códigos, campos vacíos y problemas con la falta de firmas de responsables en las actas. Además, se resaltó la necesidad de sustentar actividades con fotos y formularios adecuados, como el DCH-035. Las comparaciones entre meses y el detalle de facturación no se realizaron correctamente, y faltan justificaciones de ciertos meses, como septiembre. En algunos casos, las actividades fueron invalidadas por no cumplir con los requisitos establecidos, y se observó una falta de comunicación adecuada entre las áreas responsables.

11- TRAUMA P. JUAN BOSCH

MEP T4: 85% | Por las siguientes razones: Se han encontrado matrices incorrectas, incluyendo la de la DCSS, y formatos de minuta desactualizados que no incluyen el nombre de la actividad. Además, se señala la falta de contenido en las minutas, especialmente en relación con la conformación del comité y la lista de donantes. La ausencia de diagramas mencionados, capturas de pantalla de julio y agosto, y la falta de informes trimestrales que abarcan desde mayo hasta septiembre también son preocupantes. En algunos casos, se invalidaron actividades por no cumplir con los requisitos de presentación, como la falta de sellos y firmas en documentos

críticos. Se requiere que el hospital realice las correcciones necesarias, como la actualización de minutas, la presentación de evidencia fotográfica y la elaboración de cartas de reprogramación, para asegurar el cumplimiento de los estándares establecidos.

12-JIMA ABAJO

MEP T4: 81% | Por las siguientes razones: Se ha observado que no se utiliza el formato adecuado para el plan, además de la falta de informes correspondientes a julio, así como un reporte que carece de datos específicos y cantidades de impactados. La falta de cobertura trimestral y campos vacíos en la documentación son preocupantes, al igual que la repetición de contenido de agosto en septiembre. También se ha señalado la ausencia de matrices, la falta de firma de la persona responsable en el listado, y la no presentación de formularios requeridos. Evidencias no presentadas, lo que indica la necesidad de mejorar la organización y la presentación de la información.

13- PIEDRA BLANCA

MEP T4: 88% | Por las siguientes razones: Este centro se encuentra intervenido en su totalidad, las pocas actividades que reportan tienen deficiencia, en actividades no ejecutadas, falta de sello, error en código y fecha, la no presentación de medios de verificación, aunque con su proceso de remozamiento se ha evidenciado un puntaje en aumento, por la dedicación y seguimiento tanto de su directora como de la Enc. De planificación.

14- MARCHENA

MEP T4: 77% | Por las siguientes razones: Falta de información completa en los planes, matrices y reportes; errores en la identificación de establecimientos y responsables; ausencia de firmas y anexos requeridos; inconsistencia entre los documentos presentados (informes y planes); y falta de datos para meses específicos. Además, se han identificado problemas relacionados con la calidad del contenido, como la falta de profundidad en el análisis de las debilidades y la ausencia de evidencia para respaldar las afirmaciones.

15- SIGIFREDO ALBA

MEP T4: 89% | Por las siguientes razones: Falta de capturas y la presentación de información con errores en las fechas, así como la carencia de contenido en los documentos. Se ha señalado la ausencia de formularios anexos y la necesidad de incluir fotos para respaldar la información presentada. Además, se menciona que falta el informe correspondiente a julio y no se ha realizado una comparación efectiva entre los meses.

16- INMACULADA CONC.

MEP T4: 84% | Por las siguientes razones: Discrepancia entre la fecha de la minuta y el listado, además de la falta de capturas del DLI y de julio a septiembre, lo que dificulta la verificación de la información. Se observó que, para la magnitud del hospital, el número de expedientes automatizados es escaso, y la matriz de dengue para septiembre está vacía. También se señalaron reuniones registradas en el mismo lugar y hora, generando confusión. La documentación presentada carece de contenido cuantitativo y no se detallan las debilidades detectadas en meses anteriores. Además, falta un informe del mes de septiembre y se invalidan varios documentos por no estar presentados o ser ilegibles.

17- OCTAVIA GAUTIER

MEP T4: 34% | Por las siguientes razones: Se encuentra en un 85% de remozamiento. La evaluación del POA en el hospital ha revelado numerosas deficiencias, principalmente la falta de presentación de evidencias y documentos clave, incluidos informes de julio, agosto y septiembre, así como encuestas y actas de buzones. Se invalidaron los documentos presentados por no corresponder a la actividad específica y por contener campos

vacíos, errores en las fechas y falta de contenido sustancial. Además, se realizó una comunicación expresando las áreas que real ente están habilitadas, por lo tanto muchas actividades se reprogramaron por remozamiento.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

Los resultados son:

No.	CEAS	% Cumplimiento Individual	% Efectividad	% Eficacia
1	ARMIDA GARCIA	71%	70%	63%
2	CEVICOS	92%	91%	84%
3	JOSE A. COLUMNNA	86%	82%	73%
4	JUAN A. CASTILLO	82%	78%	74%
5	MAIMON	86%	79%	72%
6	RAMON BAEZ	93%	91%	90%
7	VILLA LA MATA	92%	92%	88%
8	PEDRO A. CESPEDES	69%	66%	59%
9	CENSAIDE	34%	30%	29%
10	MORILO KING	81%	77%	63%
11	TRAUMA P. JUAN BOSCH	85%	82%	72%
12	JIMA ABAJO	81%	80%	78%
13	PIEDRA BLANCA	88%	82%	80%
14	MARCHENA	77%	79%	70%
15	SIGIFREDO ALBA	89%	87%	84%
16	INMACULADA CONC.	84%	82%	73%
17	OCTAVIA GAUTIER	34%	28%	23%
	PC GENERAL:	78%		

También se les dio seguimiento como de costumbre a las evidencias de cada dependencia de la Oficina Regional; en relación al total de actividades vs las enviadas y cargadas al SharePoint del SNS; con un total 303 de actividades programadas y 286 fueron ejecutadas, para un total de 95% de 25 dependencias que conforman nuestra SRS, aquí pues detallamos cómo fue el proceso de ejecución de las actividades contempladas en nuestro POA; las mismas fueron monitoreadas y revisadas por nuestro departamento.

En dicha evaluación realizada en la MEP. Pues se evidencio múltiples deficiencias, principalmente debido a la no presentación de evidencias y reportes trimestrales, falta de minuta, listados, error en fecha. Las evidencias presentadas son consideradas inválidas por su falta de claridad y especificidad, ya que muchos reportes y minutas carecen de contenido detallado y medios adecuados. También se reporta que el sistema SINAVE sigue presentando problemas, lo que ha afectado la presentación oportuna de los datos requeridos. Además, se

destaca la falta de informes completos y la ausencia de actas de comités y formularios de inspección. A nivel general, la documentación presentada es insuficiente para reflejar de manera adecuada el seguimiento a los centros y las actividades programadas.

La evaluación del cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA) para el cuarto trimestre de 2024 revela una serie de debilidades y desafíos en varios hospitales y dependencias de la Región del Cibao Central. Se observa una falta generalizada de evidencia documentada, errores en la presentación de informes y documentación, así como una falta de seguimiento y cumplimiento de los objetivos establecidos. En donde como se presenta en la tabla de más arriba el nivel de cumplimiento de los CEAS es de 78%, tomando en cuenta que el Octavia Gautier, Maimón, Piedra Blanca y Cevicos, se encuentran en parte y en su totalidad intervenidos. Y el Armida García fue entregado en septiembre y poco a poco a reanudado sus operaciones y servicios.

En el SRSCS: Se destaca que, de las 303 actividades programadas, 286 fueron ejecutadas. Es esencial fortalecer los procesos de seguimiento y monitoreo para garantizar una ejecución efectiva de las actividades

RECOMENDACIONES

- Fortalecer la cultura de documentación y evidencia para respaldar la ejecución de las actividades.
- Mejorar la coordinación y comunicación entre los responsables de las actividades y los departamentos de monitoreo y evaluación.
- Implementar mecanismos de seguimiento más efectivos para garantizar la ejecución oportuna y completa de las actividades programadas.
- Empoderar a los directores para que le den el seguimiento adecuado a la ejecución del POA.

ANEXOS (Si aplica)

17 MEP- SRSCS
 1 MEP OR.

Instrucciones de llenado:

*Indique nombre del lugar: Este campo sólo aplica para SRS, Hospital y CPN.

LICDA. JENNY JIMENEZ

Elaborado por
 (Nombre y apellido)

