

FECHA: 15/04/2025

DATOS GENERALES

Lugar: DCSNS SRS Hospital CPN

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

Área: PLANIFICACION

Nombre de la Actividad: AUTOEVALUACION POA 2025

Código POA (Si aplica): 3.7.1.4.01

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 primer trimestre del año 2025 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 Sur 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 tantas 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 T1 2025, los datos son:

1- ARMIDA GARCIA

MEP T1: 93% | Por las siguientes razones: Recién entregado de remozamiento en septiembre, poco a poco ha ido reanudando sus servicios, por esta razón tuvieron unas más que otras debilidades, como carencia de datos, falta de sellos, de firma del relator de la minuta, fechas y la no presentación de matriz donde lo ameritaba, listado con fecha alterada, evidencias no legibles y no presentadas, pero aun si se ha visto el progreso en sus resultados. Además no tiene acceso al portal. Varias actividades fueron reprogramadas por el SNS.

2- CEVICOS

MEP T1: 64% | Por las siguientes razones: Este centro se encuentra en un 100% intervenido, en vista de esto y otras dificultadas las evidencias presentaron algunas debilidades como campos vacíos, carga tardía, evidencias no cargadas, medio erróneo y en su gran mayoría de las actividades podían reprogramarse pero no cargaron el RTP y por ende se le invalidaron.

3- COLUMNA

MEP T1: 74% | Por las siguientes razones: Justificación no aplica ya que el centro si envía muestras cuando se presenta casos de malaria, evidencias no presentadas, carencia de datos y contenido, medio erróneo, no reporte de 1 meses falta de matriz Además no tiene acceso al portal. Varias actividades fueron reprogramadas por el SNS.

4- JUAN A. CASTILLO

MEP T1: 66% | Por las siguientes razones: Las evidencias no fueron presentadas en múltiples ocasiones, falta una matriz estandarizada, campos vacíos, evidencias invalidadas, no cargadas y falta de reportar algunas, también carga tardía de las mismas, carencia de contenido y falta de representación de listado. Además cuentan con el RAI y no tiene acceso al portal. Varias actividades fueron reprogramadas por el SNS.

5- MAIMON

MEP 1:86 % | Por las siguientes razones: A pesar de que se encuentra en un 100% en remozamiento y trabajando en otro plantel, el CEAS presenta un avance significativo en las actividades presentadas. Solo presenta Código del listado erróneo, Evidencia no cargada, campos vacíos, evidencias presentadas no corresponde, también falta el capture de envió, carencia de contenido y la no presentación de algunas evidencias varias reprogramadas áreas no habilitada por remozamiento y por el SNS.

6- RAMON BAEZ

MEP T1: 82% | Por las siguientes razones: Falta de evidencias presentadas, Campos vacíos, informes con carencia de datos, evidencias no cargadas y algunas reportadas que no aplican, además error en medios de verificación, el hospital carece de un espacio para capacitaciones, no cuentan con personal RAI y por ende no poseen el portal de transparencia habilitado ni el web y varias reprogramadas por el SNS.

7- VILLA LA MATA

MEP T1: 90% | Por las siguientes razones: Presenta varias observaciones como falta de firma del responsable en listado, no realización de reunión con DPS, penalización por carga tardía, reporte de actividad que no cubre, al igual que falta de evidencias, carencia de datos y contenido. Además varias reprogramadas por el SNS.

8- PEDRO A. CESPEDES

MEP T1: 70% | 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 y faltan sellos. Varias evidencias no han sido presentadas y se observan campos vacíos, al igual que nombre de actividad no completo. Además se penaliza por carga tardía y a su vez invalidación de algunas evidencias, carencia de contenido y medio erróneo, en conclusión se ha evidenciado una disminución notable de la ejecución de las evidencias. varias reprogramadas por el SNS.

9- CENSAIDE

MEP T1: 40% | 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, evidencias presentadas no cubre la actividad, y el hospital no cuenta con portal y no presentan una justificación adecuada para las omisiones. Además, se han detectado errores de fecha y algunas reprogramadas por intervención del área de emergencia y otras por el SNS. Cabe destacar que hace un mes atrás sostuvimos una reunión en el centro en conjunto con las autoridades que competentes, para poder llegar a un consenso, ya que el centro y el SNS tienen un convenio y en la misma se puntualizo si el centro se quedara en nuestra red o no, esa decisión la están ponderando, pero llegamos al acuerdo de que mientras se parte de la red debe de seguir cumplimiento con cada reporte y dar respuesta cuando se le pida, lo que en esta evaluación se evidencia que no están cumpliendo con lo pactado. en conclusión se ha evidenciado una disminución notable de la ejecución de las evidencias. varias reprogramadas por el SNS.

10- MORILO KING

MEP T1: 83% | Por las siguientes razones: Varias actividades y evidencias no fueron presentadas o fueron fraccionadas debido a la falta de contenido también se identificaron errores en códigos, campos vacíos y problemas con evidencias no presentadas sin su debida justificación., En algunas actividades se penalizan por carga tardía al 0.20 y 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. En conclusión se ha evidenciado una disminución notable de la ejecución de las evidencias, varias reprogramadas por el SNS y por contar el RAI con acceso al portal de transparencia.

11- TRAUMA P. JUAN BOSCH

MEP T1: 83% | Por las siguientes razones: Se han encontrado matrices incorrectas. Además, se señala la falta de contenido. En algunos casos se invalidaron actividades por no cumplir con los requisitos de presentación, como la falta de sellos y firmas del responsable en minuta, falta de códigos y campos vacíos. Algunas evidencias no presentadas sin justa causa ni aval, también este centro como es autogestionado y no recibe mujeres en gestación no realiza los procedimientos de monitoreo de morbilidad es maternos-neonatales, así como también falta de datos cuantitativos en reportes, la presentación de matrices no en su totalidad y penalización al 0.20 por carga tardía. Algunas se reprogramaron por el SNS.

12-JIMA ABAJO

MEP T1: 75% | Por las siguientes razones: Se ha observado campos vacíos y error en medios de verificación, no cobertura en su totalidad de actividades, así como también las actividades a reprogramar no fueron aplicadas por no carga a tiempo del RTP. En cuanto al reporte mensual no presentan los meses correspondientes. En la documentación son preocupantes, 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. Algunas se reprogramaron por el SNS y otras por no contar con acceso del portal de transparencia estos cuentan con RAI.

13- PIEDRA BLANCA

MEP T1: 71% | 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, evidencias no cargadas y por falta de contenido y datos cuantitativos. Aunque con su proceso de remozamiento algunas más que otras fueron reprogramadas y otras directas por el SNS.

14- MARCHENA

MEP T1: 80% | Por las siguientes razones: Fraccionamientos por listados con campos vacíos, así como también captures carecen de fecha, falta de evidencias, carencia de contenido y algunas actividades no cargadas. Por otra parte los documentos no presentados en formato correcto se invalidaron. Algunas se reprogramaron por el SNS y otras por no contar con acceso del portal de transparencia estos cuentan con RAI.

15- SIGIFREDO ALBA

MEP T1: 80% | 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 y falta de presentación de algunos medios de verificación. Se ha señalado la ausencia de algunas actividades sin aval de justificación y la falta de cobertura de actividad, la carencia de firma del responsable al igual que medios de verificación erróneo. Algunas se reprogramaron por el SNS, este centro sí cuentan con RAI y acceso al portal de transparencia.

16- INMACULADA CONC.

MEP T1: 80% | Por las siguientes razones: Carencia de contenido en minuta e informe, Invalidaciones por falta de formulario y por la no visibilidad de la fecha de captures, así como uso de los mismos listados en actividades distintas. La falta de evidencias no presentadas sin aval alguno carga por error de actividad en carpeta de otra. En cuanto a presentación de informe trimestral no presentado de RH, y medios de verificación y nombre de actividad incorrectos. Algunas se reprogramaron por el SNS, este centro sí cuentan con RAI y acceso al portal de transparencia.

17- OCTAVIA GAUTIER

MEP T1: 6% | Por las siguientes razones: Recientemente entregado ya que estaba intervenido, sus áreas poco a poco han sido habilitadas, La evaluación del POA en el hospital ha revelado numerosas deficiencias, principalmente la falta de presentación de evidencias y documentos clave, incluidos informes obtener campos vacíos, errores en las fechas y falta de contenido sustancial. Hasta el momento de la evaluación no reportaron el trimestre completo, ni el aval de comunicación dándonos a conocer las áreas que están funcionando y a cuáles no. Tampoco se aplica reprogramaciones porque no cargaron el RTP. Y el Analista de planificación al momento de contactarlo para informarnos nos comunico que estaba de vacaciones sin previa comunicación. Por lo tanto

cumpliendo con lo establecido en nuestro manual procedimos a evaluar lo cargados y a invalidada lo no justificado y no presentado.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

Los resultados son:

No.	CEAS	% Cumplimiento Individual	% Efectividad	% Eficacia
1	ARMIDA GARCIA	93%	92%	90%
2	CEVICOS	64%	52%	65%
3	JOSE A. COLUMNA	74%	76%	74%
4	JUAN A. CASTILLO	66%	65%	64%
5	MAIMON	86%	85%	85%
6	RAMON BAEZ	82%	81%	78%
7	VILLA LA MATA	90%	90%	87%
8	PEDRO A. CESPEDES	70%	73%	72%
9	CENSAIDE	40%	34%	34%
10	MORILLO KING	83%	78%	74%
11	TRAUMA P. JUAN BOSCH	83%	82%	84%
12	JIMA ABAJO	75%	74%	72%
13	PIEDRA BLANCA	71%	71%	70%
14	MARCHENA	80%	82%	81%
15	SIGIFREDO ALBA	80%	86%	86%
16	INMACULADA CONC.	80%	82%	81%
17	OCTAVIA GAUTIER	6%	4%	5%
	PC GENERAL:	71%		

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 213 actividades programadas y 203 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, medio de verificación erróneo, falta de sello. 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, al igual carecen de firma de relator. Además, se destaca la falta de informes completos que no cubren dicha actividad, penalización por carga tardía al 0.20, código erróneo, campos vacíos y la carencia de contenido y en cuanto a 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 primer trimestre del 2025 revela una serie de debilidades y desafíos en varios hospitales y dependencias de la Región del Cibao Sur. 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 71%, tomando en cuenta que el Octavia Gautier fue entregado recientemente pero no presenta aval para reprogramación de áreas que no están funcionando, Maimón, Piedra Blanca y Cevicos, se encuentran 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 213 actividades programadas, 203 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)

