

2018



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

MONITOREO DEL PLAN OPERATIVO ANUAL 2018

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

TRIMESTRE JULIO-SEPTIEMBRE 2018

Director Ejecutivo SNS

Lic. Chanel Rosa Chupany

Coordinación General:

Michelle Guzmán

Directora de Planificación y Desarrollo

Coordinación Técnica:

Ilka González

Gerente Formulación, Monitoreo y Evaluación PPP

Apoyo Técnico:

Josefina Rosa

Gladioly Flores

Claudia D' Oleo

Zunilda López

Samuel Félix

Victoria Madera

Patricia Caba

Siglas y Acrónimos

SNS	Servicio Nacional de Salud
DCSNS	Dirección Central del Servicio Nacional de Salud
SRS	Servicios Regionales de Salud
GAS	Gerencia de Área de Salud
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Publico
PEI	Plan Estratégico Institucional
ODS	Objetivo Desarrollo Sostenible
POA	Plan Operativo Anual
EESS	Establecimientos de Salud
CEAS	Centro Especializado de Atención en Salud
UNAP	Unidad de Atención Primaria
RTP	Reporte Trimestral POA
MEP	Matriz Evaluación POA

Indice

Indice	3
1. Introducción.....	5
2. Oportunidad Reporte Trimestral del POA (RTP) DCSNS	6
3. Plan Operativos Anual 2018.....	6
4. Resultados del Monitoreo del Tercer Trimestre del POA.....	7
Dirección de Fiscalización y Control Interno	7
Recomendaciones	8
Dirección de Consultoría Jurídica.....	8
Recomendaciones	9
Oficina de Acceso a la Información.....	9
Recomendaciones	10
Dirección de Comunicación Estratégica	10
Recomendaciones	10
Dirección de Planificación y desarrollo	10
Recomendaciones	11
Dirección Recursos Humanos	12
Recomendaciones	13
Dirección Financiera	13
Recomendaciones	13
Dirección Administrativa	13
Recomendaciones	14
Dirección Tecnología de la Información	14
Recomendaciones	15
Dirección de Centros Hospitalarios	15
Recomendaciones	16
Dirección del Primer Nivel de Atención	16
Recomendaciones	17
Dirección de Asistencia a la Red de Servicios de Salud	17
Recomendaciones	18
Dirección de Medicamentos e Insumos	19
Recomendaciones	19
Dirección de Gestión de Calidad en los Servicios de Salud	19

Recomendaciones	20
Seguridad Hospitalaria	20
Recomendaciones	20
5. Observaciones y Recomendaciones Generales.....	21
6. Servicios Regionales de Salud.....	22
Servicio Regional de Salud Metropolitano	23
Servicio Regional de Salud Valdesia.....	29
Servicio Regional de Salud Norcentral.....	34
Servicio Regional de Salud Nordeste	37
Servicio Regional de Salud Enriquillo	41
Servicio Regional de Salud Este.....	45
Servicio Regional de Salud El Valle	49
Servicio Regional de Salud Cibao Occidental.....	53
Servicio Regional de Salud Cibao Central	57
7. Anexos	61
Gráfico resultados trimestre 3-2018 DCSNS.....	61
Gráfico resultados trimestre 3-2018 Red SNS	61
Tabla resultados trimestre 3-2018 DCSNS.....	62

1. Introducción

El Plan Operativo Anual (POA) constituye la desagregación operativa del Plan Estratégico Institucional (alineado a la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 y el Plan Nacional Plurianual del Sector Público), conteniendo objetivos, productos, indicadores, metas, cronogramas, resultados esperados y actividades que se impulsarán en el transcurrir del año, y que deberá estar vinculado con el presupuesto a fin de concretar lo planificado en función de las capacidades y la disponibilidad real de los recursos.

Por lo que evaluar periódica y sistemáticamente los progresos del Plan Operativo Anual (POA) es una tarea que garantizará que las autoridades, puedan disponer de informaciones que le faciliten la toma de decisiones de forma pertinente y oportuna.

El *monitoreo* es el acompañamiento sistemático y periódico de la ejecución de una actividad o proceso para verificar el avance hacia la ejecución de una meta, la adecuada utilización de recursos para lograr dicho avance y la consecución de los objetivos planteados durante el proceso de ejecución, con el fin de detectar oportunamente deficiencias, obstáculos o necesidades de ajuste.

La *evaluación* es el proceso sistémico y objetivo que verifica la eficacia, eficiencia y efectividad de los planes; a la luz de sus objetivos, en cada una de las dimensiones de ejecución y obtención de resultados, debiendo tomar en cuenta los avances en el cumplimiento de los compromisos establecidos, en relación con los acuerdos, planes locales, nacionales y referentes internacionales ineludibles (Planes de Desarrollo Sectoriales, Metas Presidenciales, Agenda Nacional de Desarrollo, Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), Acuerdos Internacionales, etc.).

Este documento describe la aplicación de las acciones contenidas en el Plan de Monitoreo y Evaluación (PME) sobre la ejecución Plan Operativo Anual (POA) del Servicio Nacional de Salud y los Servicios Regionales de Salud.

El PME está conformado por un Sistema de Monitoreo y un Plan de Evaluación:

- *El Sistema de Monitoreo* tiene como objetivo acompañar el comportamiento del proceso de ejecución con relación a:

- (i) La ejecución de las actividades programadas;
- (ii) La congruencia de la ejecución presupuestaria en relación con las actividades programadas; y,
- (iii) El alcance de los Productos previstos en el plan.

- *El Plan de Evaluación* tiene como objetivo informar sobre el alcance de las metas del resultado anual y del impacto que el logro de los productos pueda tener sobre los resultados planificados; medidos a partir del seguimiento a sus respectivos indicadores. También informa sobre el comportamiento de los indicadores, los riesgos y las medidas de mitigación, para que los objetivos puedan ser alcanzados.

2. Oportunidad Reporte Trimestral del POA (RTP) DCSNS

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Dirección de Planificación y Desarrollo	✓	
Calidad Institucional	✓	
Departamento de Cooperación Internacional	✓	
Departamento de Atención a Usuarios	✓	
Departamento de Atención Primaria	✓	
Departamento de Gestión Clínica	✓	
Oficina de Acceso a la Información		✓
Departamento de Monitoreo y Evaluación	✓	
Dirección de Seguridad Física Hospitalaria	✓	
División Materno Infantil		✓
Departamento de Apoyo Diagnóstico y Sangre	✓	
Departamento de Pasantía Médica	✓	
Dirección de Gestión Humana		No reportó
División de Odontología	✓	
Departamento de Infraestructura, Mantenimiento y Equipos		No Reportó
Dirección de Medicamentos e Insumos	✓	
Dirección de Comunicación Estratégica		✓
Departamento de Emergencia y Desastre		✓
Dirección de Centros Hospitalarios		✓
Oficina de Control y Fiscalización		✓
Dirección Administrativa-Financiera		No Reportó
Departamento de Gestión de la Información		No Reportó
Dirección de Tecnología de la Información		No Reportó
Departamento de Gestión de la Calidad		No Reportó
Dirección de Jurídica	✓	

3. Plan Operativo Anual 2018

El Plan Operativo Anual (POA) 2018 de la Dirección Central del Servicio Nacional de Salud es la expresión operativa del Plan Estratégico Institucional del SNS (PEI-SNS). Este POA cuenta con un total de 32 productos y para su alcance fueron contempladas 335 actividades programables y presupuestables, conteniendo a su vez 1,800 acciones.

Este plan se formula bajo un ejercicio de articulación del accionar de las dependencias que componen la DCSNS y los Servicios Regionales de Salud.

El seguimiento y evaluación se efectúa sobre la base de indicadores identificados en el POA. Estos permitirán conocer los niveles de efectividad, eficacia y eficiencia logrados por cada unidad, de acuerdo con la aplicación de las siguientes relaciones:

- *Indicador de Efectividad:* Expresa la relación entre lo logrado y lo programado, en cuanto a la meta propuesta.

- *Indicador de Eficacia:* Es la relación entre las metas logradas y programadas, teniendo en cuenta el tiempo real de ejecución de la actividad.
- *Indicador de Eficiencia:* Es la relación entre el tiempo, los recursos invertidos y los logros obtenidos.

4. Resultados del Monitoreo del Tercer Trimestre del POA

El Plan Operativo Anual es la expresión operativa de la Planificación Estratégica Institucional 2016-2020. La metodología aplicada para el monitoreo ejecutado contempla el reporte por dependencia de las actividades programadas y completadas, coordinación de las visitas por dependencia de la DCSNS y SRS, para finalmente realizar el monitoreo donde se valida la existencia de las evidencias contempladas en la formulación del POA de cada dependencia.

La Dirección Ejecutiva del Servicio Nacional de Salud, acorde a la visión estratégica definida para enrutarse el accionar de la institución en el marco de la Ley 123-15 que Crea el Servicio Nacional de Salud y de acuerdo con las prioridades nacionales en materia de salud, fueron definidas las siguientes prioridades directivas:

1. *Desarrollo y Gestión de la Red de Servicios*
2. *Transparencia Institucional*
3. *Gestión Integral de Información*
4. *Gestión y Control de la Planificación Institucional*
5. *Promoción y Cultura de Innovación*
6. *Disminución de la Mortalidad Materna e Infantil*
7. *Gestionar y fortalecer el Talento Humano*
8. *Automatización Tecnológica*
9. *Cultura de Servicios y Gestión de Usuarios*
10. *Fortalecimiento de la Veeduría y participación social*
11. *Calidad de la Atención Clínica*

A continuación, los resultados del trimestre julio-septiembre 2018 del monitoreo realizado en la Dirección Central del Servicio Nacional de Salud.

Dirección de Fiscalización y Control Interno

Esta dirección programó en el trimestre julio-septiembre del POA Medio Término 2018 un total de 8 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección de Fiscalización y Control Interno	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección de Fiscalización y Control Interno	31%	50%	39%	S/D
% Cumplimiento DFCI	31%	50%	39%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, se contemplan las siguientes:

Dirección de Fiscalización y control Interno	Núm. Actividades No Programadas
Fiscalización y Control Interno	2
Total de Actividades DFC	2

Hallazgos

Esta dirección programó para el trimestre en evaluación tres actividades con ocho acciones. De estas, solo fueron ejecutadas dos actividades:

1. La primera actividad reportada no contaba con el medio de verificación asociado a la misma. Por lo que la actividad presenta una ejecución de un 0%.
2. La segunda actividad contemplaba en el POA de Medio Término, la ejecución en el trimestre de seis acciones. Pudiendo valorar el cumplimiento de tres; por lo cual cumplen con un 50% esta actividad. (Ver MEP)

Recomendaciones

- Elaborar cronograma de las actividades contempladas en el POA de Medio Término y los medios de verificación asociados a estas, para programar la ejecución en el trimestre en curso.
- Registrar en la plantilla RTP la razón de la desviación del cumplimiento de su meta.
- Los medios de verificación de las actividades programadas a presentarse durante el monitoreo deben ser aquellos contemplados en la formulación del POA u otros medios de verificación de mayor peso.
- Adecuar los documentos a reportar como evidencia a los instrumentos institucionales aprobados (lista de asistencia, minuta e informe).

Dirección de Consultoría Jurídica

Esta dirección programó en el trimestre julio-septiembre del POA de Medio Término 2018 un total de 7 acciones programables y presupuestables. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección Jurídica	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección Jurídica	50%	50%	50%	S/D
% Cumplimiento DJ	50%	50%	50%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, se presenta la siguiente:

Dirección Jurídica	Núm. Actividades No Programadas
Dirección Jurídica	1
Total de Actividades DJ	1

Hallazgos

De la programación del trimestre, se presentan los siguientes casos:

1. Una actividad no ejecutada, refiriendo que esa actividad fue designada a la Dirección de Asistencia a la Red, pero no se evidenció el traslado de la actividad y tampoco fue consensuada con la Dirección de Planificación, por lo que se valida en 0% de ejecución.
2. La segunda actividad fue ejecutada en su totalidad en una sola acción que abarcó todos los terrenos propuestos, presentando la matriz con el estatus jurídico de estos, por lo cual fue validada en 100%. (Ver MEP).

Recomendaciones

- Mantener el apego a la programación de sus actividades programadas.
- Ordenar las evidencias de acuerdo con el medio de verificación que se contempla.
- Las variaciones que se requieren aplicar al POA de las dependencias deben ser aprobadas por la Dirección de Planificación y Desarrollo previo al inicio de la ejecución.
- Enviar su Reporte Trimestral del POA dentro del tiempo requerido.

Oficina de Acceso a la Información

La OAI programó en el trimestre julio-septiembre del POA 2018 un total de 14 acciones programables y presupuestables. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Oficina Acceso a la Información	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
OAI	80%	80%	80%	S/D
% Cumplimiento OAI	80%	80%	80%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, no se cuenta con reportes.

Hallazgos

De la programación del trimestre, se presentó el siguiente caso:

- Una actividad no ejecutada, asociada a la visita para la conformación de las OAI de los SRS, donde la evidencia reportada no se corresponde con la actividad propuesta, por lo cual su ejecución es valorada en 0%. (Ver MEP).

Recomendaciones

- Remitir oportunamente el Reporte Trimestral del POA.
- Organizar las evidencias de acuerdo con lo programado en el POA de la dependencia.

Dirección de Comunicación Estratégica

Esta dirección programó en el trimestre julio-septiembre del POA 2018 un total de 2 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección de Comunicaciones	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Comunicaciones	100%	100%	80%	S/D
% Cumplimiento DCO	100%	100%	80%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, no se cuenta con reportes.

Recomendaciones

- Las modificaciones del POA de la dependencia deben aprobadas por la Dirección de Planificación y Desarrollo antes de iniciar la ejecución de estas.
- Las actividades programadas que son auspiciadas por organismos externos deben contemplar los medios de verificación que fueron asociadas a las mismas.

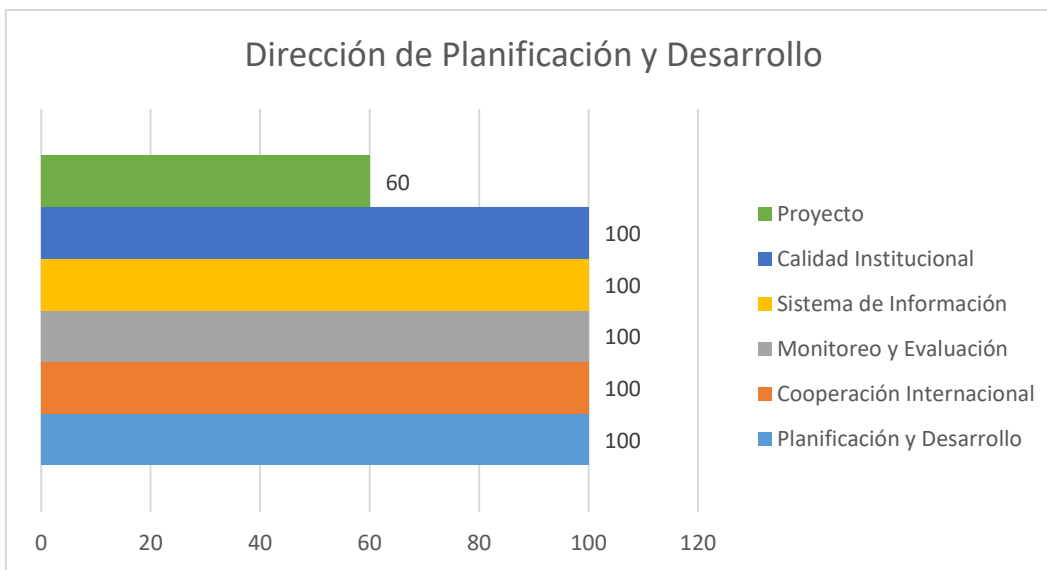
Dirección de Planificación y desarrollo

Esta dirección programó en el trimestre julio-septiembre del POA 2018 un total de 34 acciones programables y presupuestables con 149 acciones, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia se muestra a continuación:

Dirección Planificación y Desarrollo	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Planificación	100%	100%	89%	S/D
Cooperación Internacional	100%	100%	100%	S/D
Monitoreo y Evaluación	100%	100%	100%	S/D
Calidad Institucional	100%	100%	100%	S/D
Sistema de Información	100%	100%	100%	S/D
Proyectos	60%	33%	33%	S/D
% Cumplimiento DPyD	93%	89%	87%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, en la tabla siguiente se muestra una relación por dependencia:

Dirección de Planificación y Desarrollo	Núm. Actividades No Programadas
Planificación	3
Cooperación Internacional	3
Monitoreo y Evaluación	3
Sistema de Información	4
Total de Actividades DPyD	13



Recomendaciones

1. *Cooperación Internacional*
 - Solicitar a la DPyD la exclusión de las actividades cuya ejecución dependen de otra institución y que no podrán ser desarrolladas por limitantes institucionales.
2. *Sistema de la Información*
 - Asignar un punto focal que sea el responsable del seguimiento interno a la ejecución programada, así como, enlace para el monitoreo y evaluación del POA.
 - Reportar las evidencias de las actividades ejecutadas de acuerdo con lo programado.
 - Remitir el RTP en las fechas acordadas.
3. *Calidad Institucional*
 - Asignar un representante o punto focal que realice el seguimiento interno a la ejecución del POA.
 - Organizar las evidencias de acuerdo con lo programado en el POA.

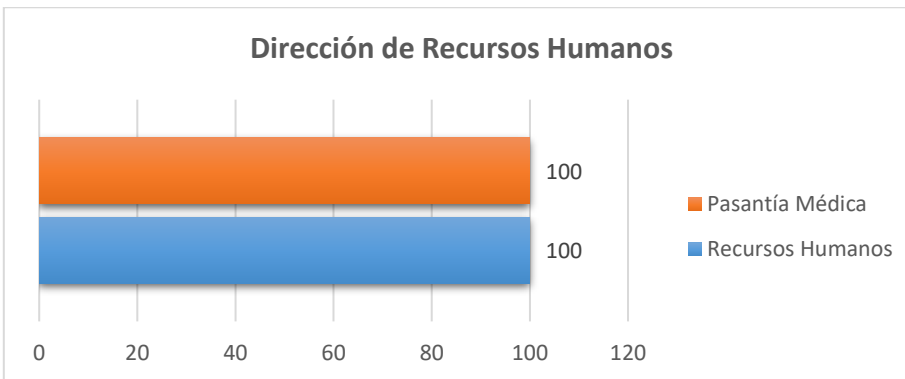
- Remitir el RTP en las fechas acordadas.
4. *Proyectos*
- Organizar en una carpeta las evidencias de las actividades ejecutadas acorde a lo programado.
 - Mantener el apego a las actividades descritas en el POA de medio término.
 - Identificar un punto focal para el seguimiento a los reportes trimestrales del POA.

Dirección Recursos Humanos

Esta dirección programó en el trimestre julio-septiembre del POA de Medio Término 2018 un total de 10 acciones programables y presupuestables. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección Gestión Humana	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gestión Humana	100%	100%	95%	S/D
Pasantía Médica	100%	100%	100%	S/D
% Cumplimiento DGH	100%	100%	98%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, no se cuenta con reporte de estas áreas.



Hallazgos

Entre las eventualidades presentadas, se resaltan las siguientes:

1. Una de las actividades fue dividida ya que realizaron el levantamiento de necesidades de capacitación en el trimestre evaluado y el diagnóstico del RRHH que la complementa será apoyado por el Ministerio de Administración Pública, por lo que se solicitó a la Dirección de Planificación y Desarrollo la reprogramación para el año 2019.
2. Algunas actividades que contemplaban como medio de verificación el listado de participantes, fueron validadas con los documentos finales, ya que los listados fueron reservados por el departamento de Gestión de la Calidad Institucional.

Recomendaciones

1. Dirección Gestión Humana

- Reportar los medios de verificación de las actividades propuestas de acuerdo con lo programado.

2. Pasantía Médica

- Reportar oportunamente los sustentos de reprogramación de las actividades correspondientes y registrarlas en el RTP4.
- Remitir en las fechas establecidas el reporte del RTP.

Dirección Financiera

Esta dirección programó en el trimestre julio-septiembre del POA Medio Término 2018 un total de 5 actividades con 7 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección Financiera	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección Financiera	93%	90%	88%	S/D
% Cumplimiento DFI	93%	90%	88%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, esta dirección no presentó ningún reporte.

Hallazgos

De las actividades propuestas a ejecutar en el trimestre en curso, no pudo ser validada en su totalidad la actividad asociada a la implementación de las Normas Básicas de Control Interno por carecer del informe asociado a esta y solo presentarse el listado de participantes, por lo cual su ejecución se valora en 50%.

Recomendaciones

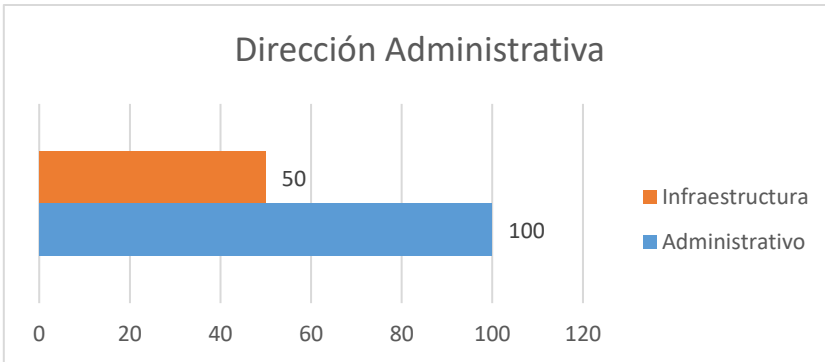
- Reportar el RTP de acuerdo con las fechas establecidas.
- Organizar las evidencias relacionadas a las actividades como se encuentra contemplado en el POA.

Dirección Administrativa

Esta dirección programó en el trimestre julio-septiembre del POA 2018 con un total de 10 actividades las cuales contemplan 38 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación.

Dirección Administrativa	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección Administrativa	100%	100%	100%	S/D
Infraestructura y Equipos	50%	50%	50%	S/D
% Cumplimiento DAD	75%	75%	75%	S/D

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, no se cuenta con reportes.



Recomendaciones

1. Dirección Administrativa

- Remitir el RTP de acuerdo con las fechas establecidas.
- Registrar los análisis de rendimiento de las actividades ejecutadas con bajo porcentaje o no ejecutadas.
- Los sustentos o medios de verificación deben estar acorde con lo establecido en el POA.
- Solicitar a la DPyD las reprogramaciones y/o solicitud de anulación de actividades, correctamente justificadas.

2. Infraestructura y Equipos

- Remitir el RTP de acuerdo con las fechas establecidas.
- Justificar aquellas actividades que no son ejecutadas en el trimestre y remitir a las áreas correspondientes en los reportes establecidos para este fin.

Dirección Tecnología de la Información

Esta dirección programó en el trimestre julio-septiembre del POA de Medio Término 2018 un total de 3 actividades programables y presupuestables con 5 acciones, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección Tecnología de la Información	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección Tecnología de la Información	100%	100%	100%	S/D
% Cumplimiento DTI	100%	100%	100%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, se cuenta con el siguiente reporte.

Dirección de Tecnología de la Información	Núm. Actividades No Programadas
Dirección Tecnología de la Información	2
Total de Actividades	2

Recomendaciones

1. Dirección Tecnología de la Información

- Remitir oportunamente el reporte de ejecución trimestral del POA.
- Reportar las evidencias de las actividades ejecutadas de acuerdo con lo programado en el POA.
- Registrar las actividades a reprogramar en el RTP4 y adjuntar los debidos sustentos.

Dirección de Centros Hospitalarios

Esta dirección programó en el trimestre julio-septiembre del POA de Medio Término 2018 un total de 23 acciones programables y presupuestables. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección de Centros Hospitalarios	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección de Centros Hospitalarios	98%	97%	97%	S/D
% Cumplimiento DCH	98%	97%	97%	#¡DIV/0!

En cuanto a las **actividades no programadas priorizadas por la Dirección Ejecutiva**, se presentaron las evidencias de ejecución de las siguientes:

1. Elaboración de una propuesta de excelencia en el servicio.
2. Seguimiento a la implementación de los servicios diagnósticos e imágenes 24/7, de carácter presencial.
3. Actualización de la lista de establecimientos priorizados, con la inclusión de los hospitales Pascasio Toribio y el Hospital Jaime Oliver Pino

Para las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso fueron insertadas dos nuevas actividades, las cuales pertenecían a la Dirección de Asistencia a la Red, por lo cual se presenta el siguiente reporte.

Dirección de Centros Hospitalarios	Núm. Actividades No Programadas
Dirección de Centros Hospitalarios	26
Total de Actividades DCH	26

Recomendaciones

1. Dirección Centros Hospitalarios

- Remitir oportunamente el reporte trimestral en las fechas establecidas.
- Solicitar a DPyD cualquier ajuste en la programación.

Dirección del Primer Nivel de Atención

Esta dirección programó en el trimestre julio-septiembre del POA de Medio Término 2018 un total de 46 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia se muestra a continuación:

Dirección de Primer Nivel	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección de Primer Nivel	83%	84%	71%	S/D
% Cumplimiento DPN	83%	84%	71%	S/D

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso e incluyendo las priorizadas por la dirección ejecutiva se numera el reporte siguiente.

Dirección del Primer Nivel	Núm. Actividades No Programadas
Dirección del Primer Nivel	23
Total de Actividades DPN	23

En el marco de las **actividades no programadas priorizadas por la Dirección Ejecutiva** se acordó:

1. La interconexión con la base de datos de SENASA para la captación y seguimiento a los pacientes crónicos a través de los Círculos Comunitarios. Se acordó que SENASA daría accesos al equipo de Primer Nivel para el seguimiento a la conformación y continuidad de la atención.
2. Las líneas de capacitación han sido desarrolladas en función de las prioridades de salud y de las alianzas estratégicas con organismos de cooperación y otras instituciones. En ese sentido se programaron la realización de capacitaciones relacionadas con las siguientes líneas temáticas: Enfermedades Crónicas No

Transmisibles, Adherencias a guías y protocolos de Atención en el Primer Nivel, Salud Mental, Violencia Niño Niña y Adolescentes, VIH, Desarrollo Infantil y Nutrición y Salud, entre otros.

Recomendaciones

1. Dirección Primer Nivel

- Reportar y ordenar los medios de verificación de las actividades programadas de acuerdo con lo planificado.
- En los casos que se requiera realizar modificaciones a lo programado, requerir a la DPyD la probación antes de proceder.

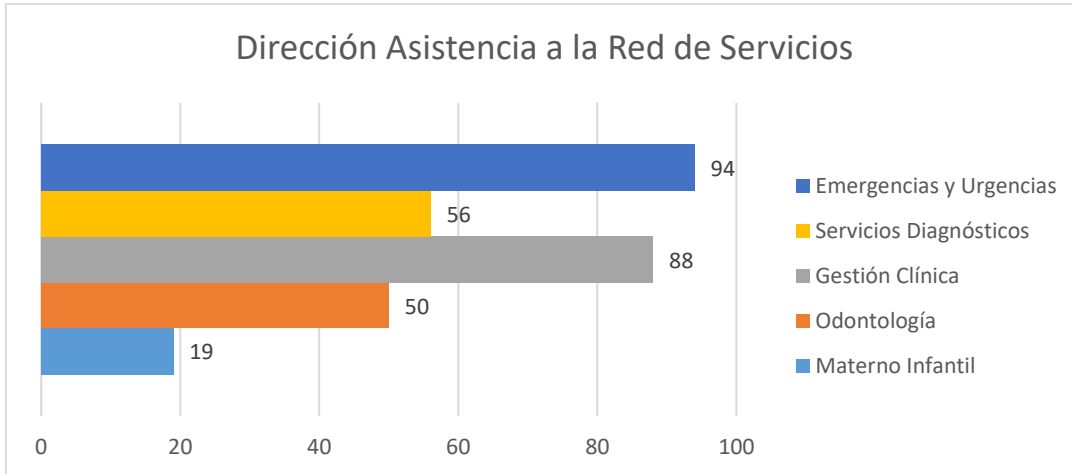
Dirección de Asistencia a la Red de Servicios de Salud

Esta dirección programó en el trimestre julio-septiembre del POA 2018 un total de 76 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las unidades que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades por unidades se muestra a continuación:

Dirección de Asistencia a la Red	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Materno Infantil	19%	32%	32%	S/D
Unidad de Servicios Diagnósticos	56%	56%	56%	S/D
Unidad de Emergencia y Desastre	94%	75%	75%	S/D
Gestión Clínica	88%	100%	100%	S/D
Unidad de Odontología	35%	58%	58%	S/D
% Cumplimiento DAR	58%	64%	64%	S/D

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, en la tabla siguiente se muestra una relación por dependencia.

Dirección de Asistencia a la Red	Núm. Actividades No Programadas
Materno Infantil	19
Unidad de Diagnóstico	3
Unidad de Emergencia y Desastre	5
Gestión Clínica	7
Total de Actividades DAR	70



Recomendaciones

1. Materno Infantil

- Remitir oportunamente las solicitudes de reprogramación de actividades a los departamentos correspondientes.
- Las evidencias reportadas deben mantener la alineación con lo programado.
- Justificar las desviaciones existentes al momento de realizar el reporte trimestral.

2. Servicios Diagnósticos y Sangre

- Reportar los sustentos de las actividades conforme a la programación anual.
- Socializar las actividades no programadas priorizadas por la Dirección Ejecutiva para su posterior ejecución en el cuarto trimestre.

3. Emergencia y Desastre

- Reportar los sustentos de las actividades conforme a la programación anual.

4. Odontología

- Reportar los sustentos de las actividades conforme a la programación anual.
- Las necesidades de reprogramación deben ser remitidas a la DPyD para su aprobación.

5. Gestión Clínica

- Reportar los sustentos de las actividades conforme a la programación anual.
- Las actividades que valoran no podrán ser ejecutadas por impacto de otras instancias, deben ser reportadas a la DPYD para su valoración.

Dirección de Medicamentos e Insumos

Esta dirección programó en el trimestre julio-septiembre del POA de Medio Término 2018 un total de 22 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las unidades que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades por unidades se muestra a continuación:

Dirección de Medicamentos e Insumos	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección de Medicamentos e Insumos	100%	100%	98%	S/D
% Cumplimiento DMI	100%	100%	98%	S/D

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, se numeran a continuación.

Dirección de Medicamentos e Insumos	Núm. Actividades No Programadas
Dirección de Medicamentos e Insumos	6
Total de actividades DMI	6

Recomendaciones

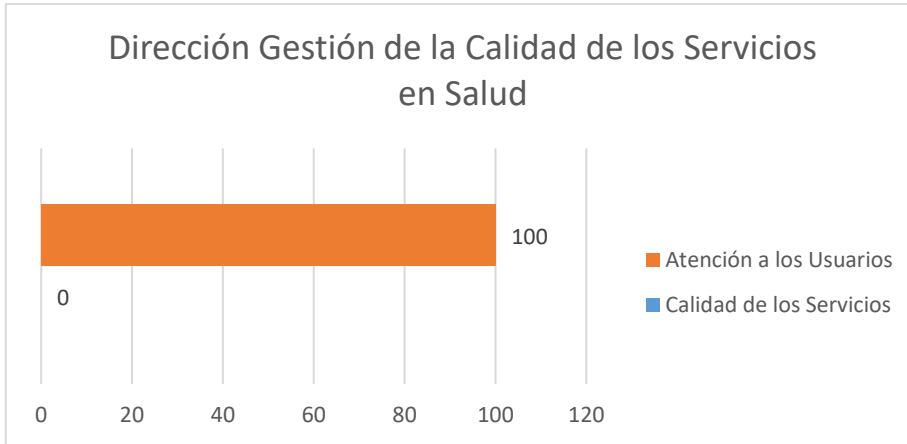
- Mantener la constante de ejecución de sus actividades y organización de las evidencias.

Dirección de Gestión de Calidad en los Servicios de Salud

Esta dirección programó en el trimestre julio-septiembre del POA de Medio Término 2018 un total de 24 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección de Gestión de Calidad en los Servicios de Salud	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Atención al Usuario	100%	100%	100%	S/D
Monitoreo de Calidad en los Servicios	0%	0%	0%	S/D
% Cumplimiento DCSS	50%	50%	50%	S/D

No se cuentan con actividades no programadas ejecutadas durante el trimestre en curso.



Hallazgos

El nivel de cumplimiento del departamento de Monitoreo de Calidad de los Servicios no pudo ser valorado por carecer de evidencias. La persona responsable del área no dejó sustentos de la labor realizada al retirarse de la institución.

Recomendaciones

1. Atención al Usuario

- Registrar en el RTP-4 aquellas actividades que serán reprogramadas e insertar la nueva fecha de ejecución. Junto a los sustentos que validan esta reprogramación.

Seguridad Hospitalaria

Esta dependencia programó en el trimestre julio-septiembre del POA Medio Término 2018 un total de 9 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación.

División de Seguridad Hospitalaria	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
División de Seguridad Hospitalaria	100%	100%	100%	S/D
% Cumplimiento DSH	100%	100%	100%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, no se cuenta con reportes.

Recomendaciones

- Mantener el apego a la ejecución de la programación.

5. Observaciones y Recomendaciones Generales

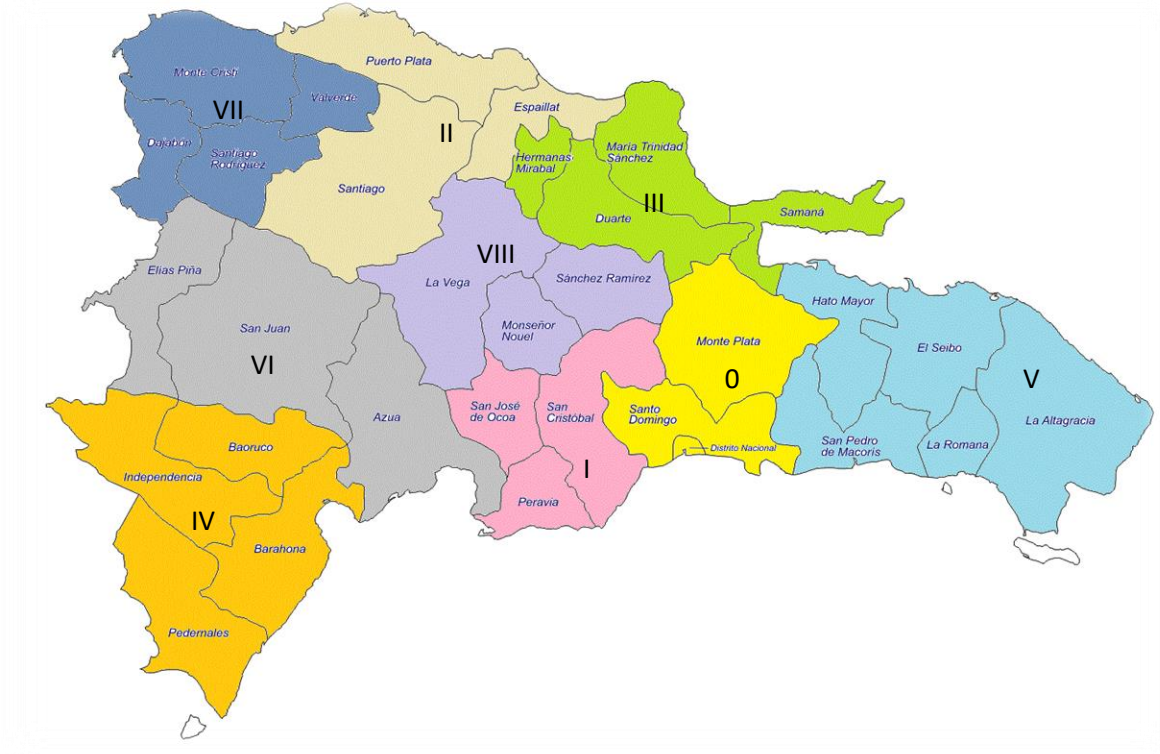
Algunas situaciones por destacar son las siguientes:

1. Envío tardío y en algunos casos, no entrega de la plantilla RTP.
2. Medios de verificación desorganizados, carentes de los nombres y códigos de las actividades y que no se asocian a la actividad programadas en el trimestre.
3. Reprogramación y modificación de actividades del POA sin la anuencia de la DPyD.
4. Algunas dependencias reportaron desconocer las actividades no programadas asignadas por la Dirección Ejecutiva, aun siendo esto informado en el Taller de Planificación Operativa.

Recomendaciones:

1. Se requiere que los puntos focales del POA realicen el reporte oportuno, incluyendo la ejecución de actividades fuera de la programación o pendientes de ejecutar en el trimestre en curso.
2. Los medios de verificación al momento del monitoreo deben presentarse de forma organizada y acorde con lo establecido en el POA de cada dependencia.
3. Las actividades en las cuales las dependencias solo son participantes no ameritan registrarse puesto que estas serán reportadas por las dependencias que las coordinan.
4. En el caso que se necesite una retroalimentación sobre el llenado correcto del RTP, favor solicitar a la DPyD.
5. Solicitar a la DPyD los reajustes y/o modificaciones de la programación antes de proceder a ejecutar.
6. Dar seguimiento a las actividades no programadas que son producto de las reuniones sostenidas con el Director Ejecutivo y que se envían en las minutas.

6. Servicios Regionales de Salud



Los Servicios Regionales de Salud son la expresión territorial desconcentrada del Servicio Nacional de Salud (SNS), los cuales formularon su planificación operativa a partir de los resultados esperados del Plan Estratégico Institucional SNS 2016-2020, definiendo productos y actividades que permitan lograr el resultado e impacto esperado.

Para el monitoreo de los SRS y sus Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) se realizó un muestreo aleatorio simple de las Gerencias de Área y Hospitales pertenecientes a las mismas.

A continuación, los avances del POA por Servicio regional de Salud.

Servicio Regional de Salud Metropolitano

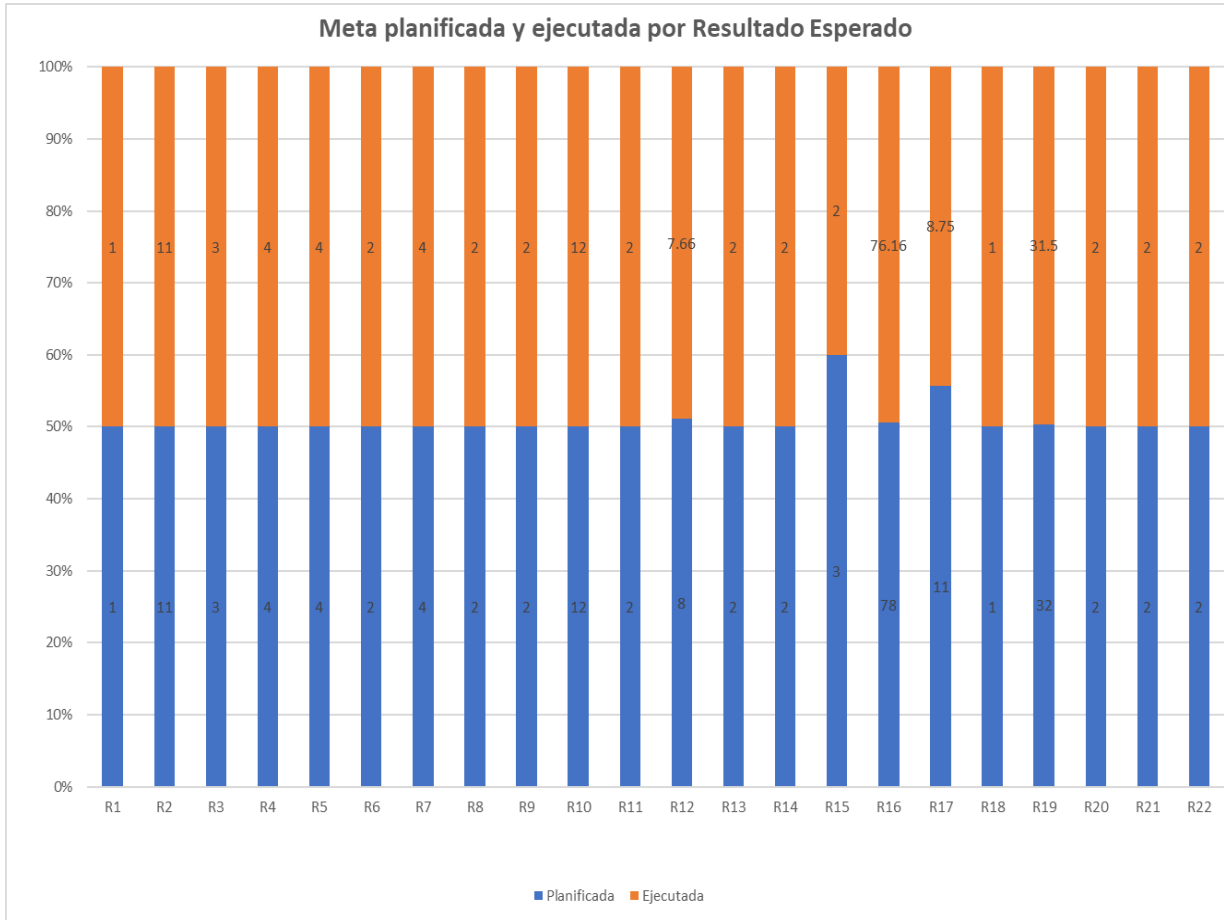
Este SRS programó en el trimestre julio-septiembre del POA de Medio Término 2018 un total de 213 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Gerencia Asistencial	✓	
Gerencia Estratégica	✓	
Sistema de Información	✓	
Tecnología	✓	
Atención al Usuario	✓	
Comunicación	✓	
Oficina de Acceso a la Información	✓	
Gerencia Administrativa	✓	
Gerencia Financiera	✓	
URGM	✓	
Monitoreo y Evaluación	✓	
Cartografía	✓	
Mantenimiento	✓	
Epidemiología	✓	
Recursos Humanos	✓	
Dirección	✓	
Capacitación y Desarrollo	✓	

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Metropolitano	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia Financiera	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Administrativa	78%	77%	77%	S/D
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Asistencial	99%	98%	98%	S/D
Comunicaciones	100%	100%	100%	S/D
Coordinación Técnica	100%	100%	100%	S/D
G.A y Coordinadores	100%	100%	100%	S/D
Dirección Regional	100%	100%	100%	S/D
Calidad	98%	98%	89%	S/D
Epidemiología	100%	100%	100%	S/D
Medicamentos	100%	100%	100%	S/D
Monitoreo	100%	100%	100%	0%
OAI	100%	100%	100%	S/D
Cartografía	100%	100%	100%	S/D
Odontología	96%	90%	90%	85%
Recursos Humanos	67%	67%	67%	S/D
Sistema Información	100%	100%	100%	S/D
Tecnología	80%	80%	70%	S/D
Atención a Usuarios	100%	100%	100%	S/D

El avance individual del SRS en cuanto al cumplimiento de sus actividades es de un **97%**.



Dependencias del SRSM

SRS Metropolitano	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS-Norte	93%	92%	90%	S/D
GAS-Oriental	67%	73%	70%	S/D
Hospital San Lorenzo de los Minas	53%	62%	62%	S/D
Hospital Traumatológico Ney Arias Lora	36%	40%	39%	S/D
Hospital Darío Contreras	69%	77%	76%	S/D
Hospital Reynaldo Almánzar	63%	77%	77%	S/D
Hospital Hugo Mendoza	73%	78%	77%	S/D
SRSM				

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios es de un **69%**.

Hallazgos y Recomendaciones

1. Gerencia Estratégica

- En esta gerencia fueron reprogramadas algunas actividades en vista de que depende su ejecución dependen directamente del SNS.

2. Gerencia Asistencial

- En esta gerencia se valoraron como parte de un todo, las dependencias que las componen.

3. Gerencia Administrativa y Financiera

- En el área financiera no se encontraron hallazgos relevantes. Sin embargo, en la gerencia administrativa no se presentó la evidencia que correspondía a una de sus actividades.

4. Recursos Humanos

- En este departamento no fue valorada una de las actividades programada por carecer de los medios de verificación.

5. Gerencia de Área Distrito Nacional Norte

- Se presentaron algunos medios de verificación que no aplican para la actividad ejecutada.
- Algunas evidencias, como en el caso de los listados de participantes carecen de la fecha de ejecución, por lo cual fueron invalidadas.
- Refieren les fue entregado un POA por parte del SRSM, conteniendo actividades que no les aplican.
- Las evidencias se presentaron organizadas en una carpeta.

6. Gerencia de Área Santo Domingo Oriental

- Refieren les fue entregado un POA por parte del SRSM, conteniendo actividades que no les aplican.
- Débil organización en la presentación de los medios de verificación de las actividades programadas.
- Medios de verificación sin firma, sello o fecha de ejecución de la actividad.

7. Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar

- Actividades programadas que carecen de medios de verificación y otras presentan medios de verificación en los cuales los responsables de las actividades no están registrados en los mismos (informes, listados de participantes).

8. Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora

- Baja ejecución de las actividades. Refieren cambio de gestión y desconocimiento de la programación anual, así como de la ubicación de los sustentos asociados.
- Medios de verificación no aplicaban para la validación de la actividad.
- El POA presenta actividades no aplicables par este establecimiento, como actividades de servicios Materno e Infantil. Refieren les fue entregado un POA por parte del SRSM con estas acciones.
- Débil organización de las evidencias.

9. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza

- En este establecimiento hay actividades que no aplican a este centro por su naturaleza.
- Evidencias que carecen de los nombres de las actividades programadas.
- Algunas evidencias fueron remitidas por correo electrónico, por carecer de ellas al momento del monitoreo.

10. Hospital Dr. Darío contreras

- Este centro ejecutaba acciones de un POA interno que no contenía las actividades del POA Medio Término que se socializó con los equipos regionales.
- Las evidencias estaban desorganizadas, convirtiéndose en una limitante para el avance del monitoreo del POA de este CEAS.

11. Hospital San Lorenzo de los Minas

- Baja ejecución de la programación anual.
- Actividades que carecían de medios de verificación.

Observaciones generales

1. La propuesta de POA Standard remitido por el SRSM a las Gerencias de Área y Hospitales que fueron valorados en el T3-2018, no fue diferenciado de acuerdo con la naturaleza de estos establecimientos o su campo de intervención. Se pudieron valorar actividades asociadas al Primer Nivel de Atención en los CEAS o actividades de implementación de estrategias de atención obstétrica en hospitales traumatológicos.
2. El seguimiento a la ejecución de los POA's en los centros de salud es débil y en algunos casos, reportan desconocían la existencia de un POA de Medio Término.
3. El POA remitido a la Red del SRSM contiene medios de verificación que no mantienen la vinculación con la actividad a ejecutar.

Recomendaciones generales

1. La propuesta de estandarización del POA que se despliega en la Red debe valorar la complejidad de los establecimientos a los cuales se refiere. Por lo que se recomienda, que, de acuerdo con la propuesta única, los directivos de estos centros deben ponderar cuales son aplicables de acuerdo con su naturaleza.
2. Fortalecer el seguimiento desde el SRSM hacia las GAS y desde estas últimas, hacia los CEAS. Velando por el cumplimiento de la programación y apego a las recomendaciones.
3. Fortalecer la organización de las evidencias, manteniendo el apego a lo contemplado en la programación.
4. Contemplar de forma diferenciada las actividades aplicables a establecimientos autogestionados, cuya naturaleza es especializada y muestran grandes avances en diversas áreas.

Servicio Regional de Salud Valdesia

Este SRS programó en el trimestre julio-septiembre del POA Medio Término 2018 un total de 219 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

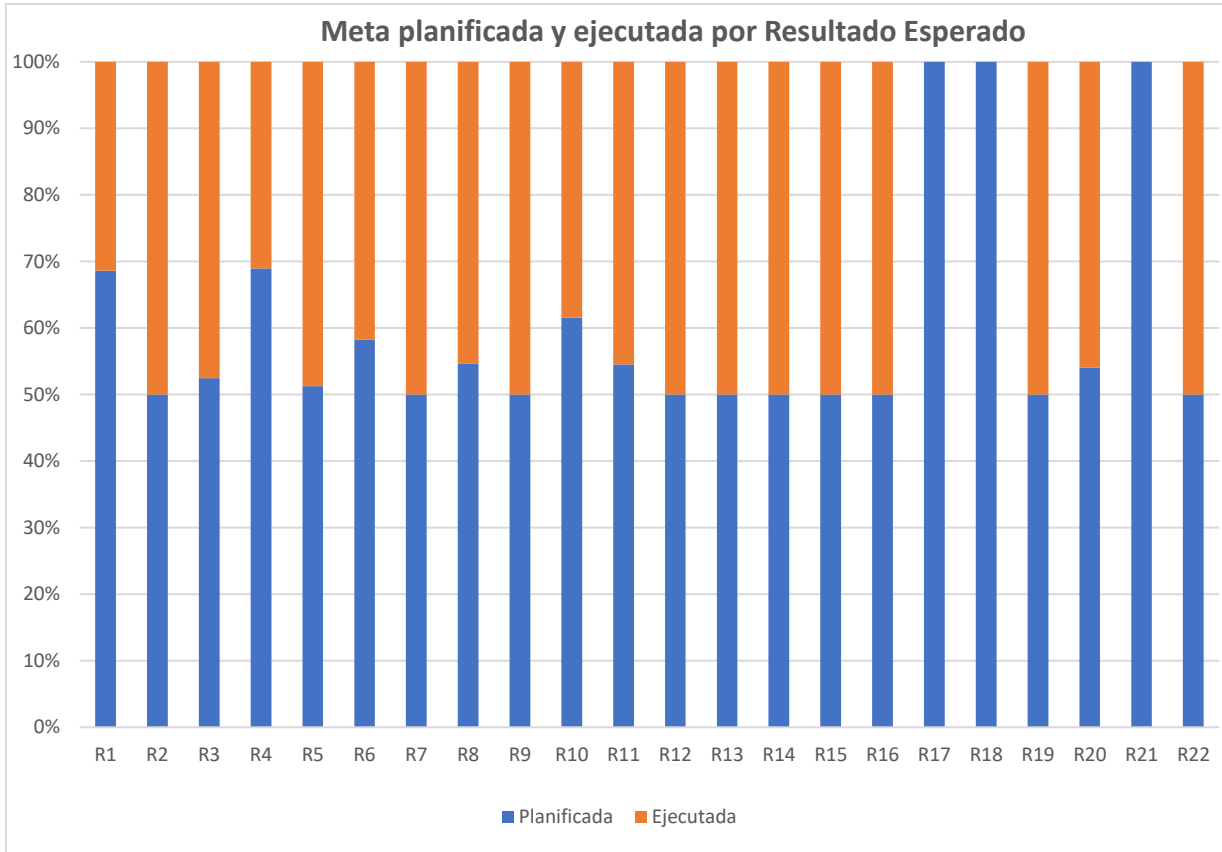
Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Gerencia Estratégica		
Gerencia Asistencial		
Gerencia Administrativa		
Gerencia Financiera		
Monitoreo y Evaluación		
Sistema de Información		
Atención al Usuario		
Odontología		
Recursos Humanos		
URGM		
Gestión de Sangre		

Nota: Se desconoce la oportunidad de los reportes de estas dependencias.

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Valdesia	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia Financiera	100%	100%	79%	S/D
Gerencia Administrativa	26%	41%	41%	S/D
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Asistencial	100%	100%	84%	S/D
Materno infantil	79%	90%	84%	S/D
Medicamentos	25%	25%	25%	S/D
Monitoreo y Evaluación	95%	92%	92%	S/D
Odontología	86%	52%	52%	S/D
Unidad de Enfermedades CNT	100%	100%	100%	S/D
Recursos Humanos	100%	100%	100%	S/D
Servicios Diagnóstico	100%	100%	100%	S/D
Atención a Usuarios	92%	92%	82%	S/D
Comunicación	0%	0%	0%	0%
Ingeniería	0%	0%	0%	0%
Dirección Regional	94%	84%	84%	S/D
Enfermería	50%	50%	50%	S/D
Planificación Familiar	100%	100%	100%	S/D
Sistema de Información	100%	100%	100%	S/D
Tuberculosis	83%	83%	83%	S/D
URGM	25%	25%	25%	S/D
VIH	100%	100%	100%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **76%**.



Dependencias del SRS I

SRS Valdesia	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS Norte	75%	80%	80%	S/D
Hospital de Yagüate	53%	50%	50%	S/D
Hospital Cambita Pueblo	81%	73%	73%	S/D
Hospital Cambita Garabito	21%	30%	30%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios, es de un **61%**.

Hallazgos y Recomendaciones

1. Departamento de Odontología.

- Medios de verificación con fechas escritas en lápiz, con borradores y tachaduras. Algunos medios de verificación no vinculados a la actividad propuesta o duplicados en versión original y copia.

2. Gerencia Administrativa y Financiera

- Medios de verificación que no guardaban relación con la actividad propuesta.

3. Departamento Materno de Infantil

- Una actividad registrada en el POA que refiere desconocía su programación, siendo esta del POA de Medio Término.

4. Departamento de Políticas de Género

- El POA de esta dependencia no está incluido en el POA Medio Término. Desde el SRS se solicitó la inclusión de las actividades de este departamento al POA.

5. Gerencia de Área San Cristóbal Norte

- Actividades que presentan metas desproporcionadas en relación con la actividad propuesta.
- Medios de verificación incompletos.
- Al momento del monitoreo, un personal de esta GAS manipuló la plantilla cambiando metas y medios de verificación de 3 actividades para aumentar el nivel de cumplimiento.

6. Hospital Yagüate

- Medios de verificación desorganizados.
- Débil participación del personal en la búsqueda de evidencias a solicitud de la directora del centro.
- Baja ejecución programática.

7. Hospital Cambita Garabito.

- Medios de verificación desorganizados.
- Evidencias que se encontraban en oficinas cerradas o a cargo de personas que no se encontraban en el centro.
- Débil apego al cumplimiento del POA.

8. Hospital Cambita Pueblo.

- El POA presentaba reajuste de actividades en el cronograma, por lo que las actividades se ejecutaron en algunos casos fuera de la fecha programada.
- Medios de verificación organizados en carpetas.

Recomendaciones Generales

- El SRS debe incrementar el seguimiento de la ejecución programática en las Gerencias de Área y de estas, hacia los hospitales. Así como el seguimiento interno de sus dependencias.
- Registrar las razones de desviación de la baja o muy alta ejecución.
- Solicitar a la DPyD la revalidación de los medios de verificación y metas, cuando aplique.
- Mantener las reuniones de socialización de los resultados.

Servicio Regional de Salud Norcentral

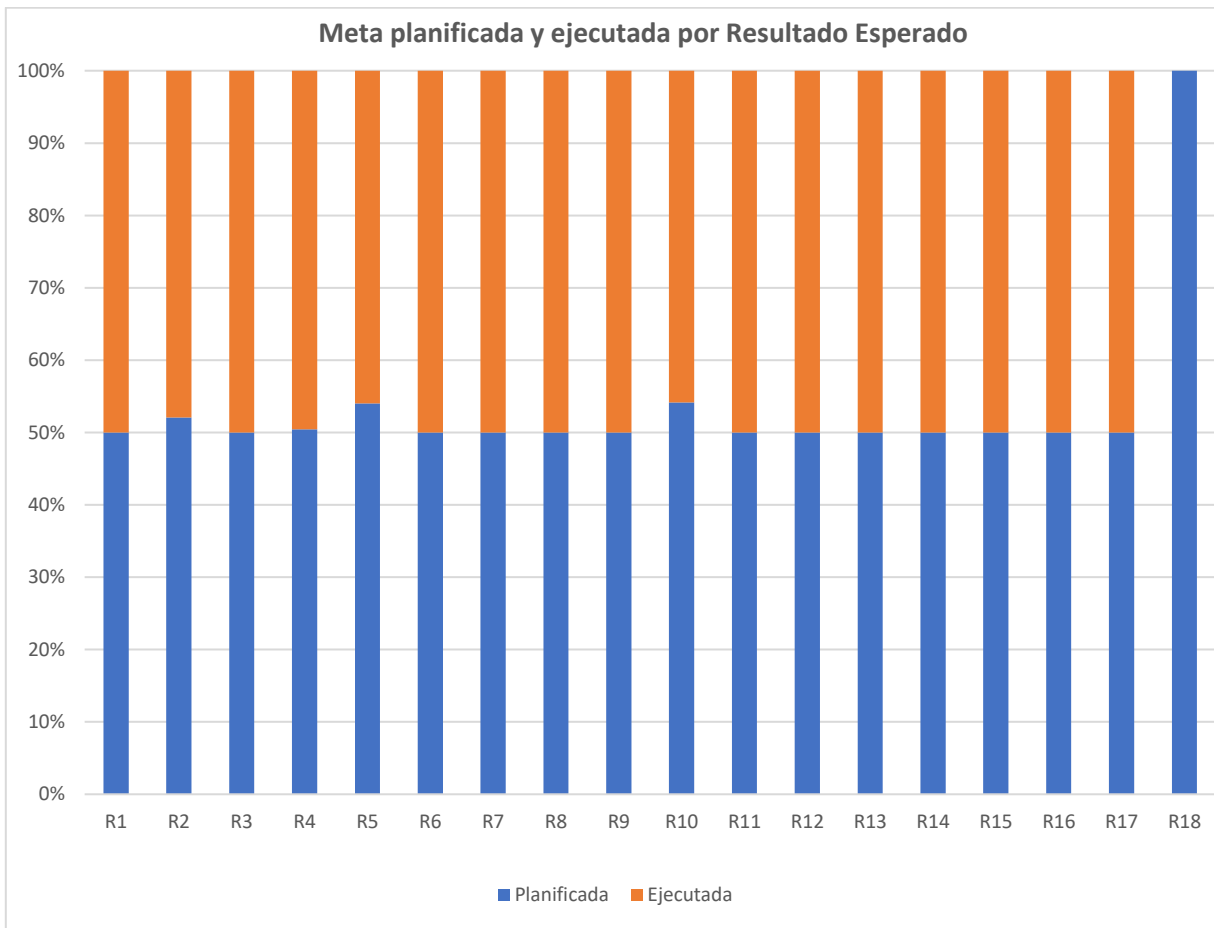
Este SRS programó en el trimestre julio-septiembre del POA un total de 1423 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Recursos Humanos	✓	
Gerencia Administrativa	✓	
Gerencia Financiera	✓	
Gerencia Asistencial	✓	
Gerencia Estratégica	✓	
Atención al Usuario	✓	
Sistema de Información	✓	
URGM	✓	
Odontología	✓	
M&E	✓	
Apoyo Diagnóstico	✓	

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Norcentral	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia Financiera	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Administrativa	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Estratégica	97%	89%	89%	S/D
Gerencia Asistencial	95%	98%	97%	S/D
Medicamentos	99%	99%	91%	S/D
Monitoreo	100%	100%	100%	S/D
Odontología	96%	94%	94%	S/D
Recursos Humanos	100%	100%	100%	S/D
Servicios Diagnostico	100%	100%	100%	S/D
Sistema Información	100%	100%	100%	S/D
Atención Usuarios	100%	83%	50%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **93%**.



Dependencias SRS II

SRS Norcentral	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS Santiago	100%	100%	100%	S/D
Hospital José Jiménez	92%	100%	100%	S/D
Hospital Lilian Fernández	100%	100%	100%	S/D
Unidad de Quemados Dra. Thelma Rosario	100%	100%	100%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios es de un **97%**.

Hallazgos y Recomendaciones*1. Odontología*

- Reportan medios de verificación designados por el nivel central que no se asocian a las actividades.

2. Servicio Regional de Salud Norcentral

- Se muestra un incremento de la organización de las evidencias y seguimiento interno a la ejecución programáticas de las dependencias de la Red (GAS y CEAS).

Recomendaciones Generales

- Mantener el seguimiento a las dependencias del SRS que les permita detectar posibles desviaciones de la ejecución propuesta y proponiendo mejoras que conlleven a la consecución óptima de las actividades propuestas.

Servicio Regional de Salud Nordeste

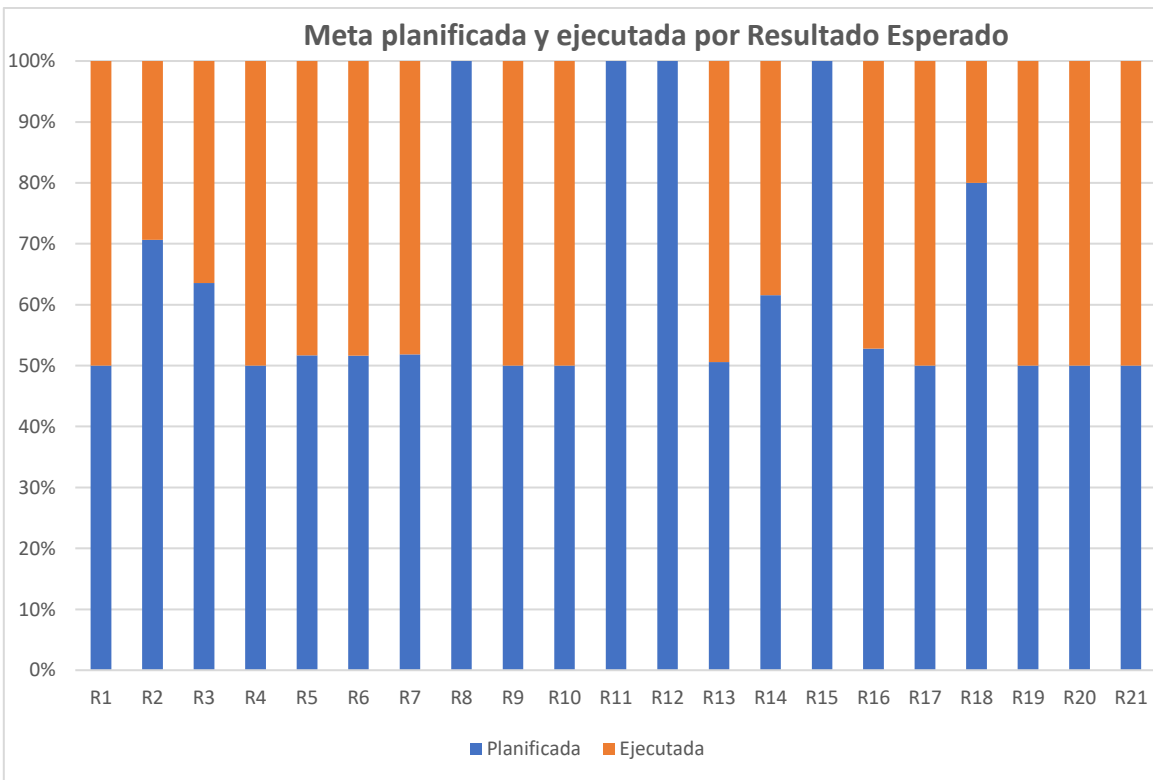
Este SRS programó en el trimestre julio-septiembre del POA 2018 un total de 821 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Recursos Humanos	✓	
Gerencia Administrativa	✓	
Gerencia Financiera	✓	
Gerencia Asistencial	✓	
Gerencia Estratégica	✓	
Comunicaciones	✓	
Sistema de Información	✓	
VIH	✓	
URGM	✓	
Unidad de TB	✓	
Odontología	✓	
TIC	✓	
M&E	✓	
Servicios Diagnósticos	✓	

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Nordeste	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia Financiera	63%	53%	53%	S/D
Gerencia Administrativa	87%	87%	87%	S/D
Gerencia Estratégica	84%	76%	75%	S/D
Gerencia Asistencial	99%	97%	97%	S/D
Recursos Humanos	75%	79%	79%	S/D
Monitoreo	90%	94%	94%	S/D
Comunicaciones	0%	0%	0%	S/D
Laboratorio	100%	100%	100%	S/D
URGM	75%	77%	77%	S/D
Odontología	90%	72%	72%	S/D
Sistema Información	75%	83%	83%	S/D
Tecnología	78%	75%	75%	S/D
Unidad de TB	100%	100%	100%	S/D
VIH	92%	92%	92%	S/D
Director Rgional	100%	100%	100%	S/D
Atención a Usuario	89%	98%	98%	S/D
Calidad	10%	4%	4%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **69%**.



En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, solo se presentaron 10 actividades por parte de la Gerencia Estratégica.

Dependencias SRS III

SRS Nordeste	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS Hermanas Mirabal	83%	86%	84%	S/D
Hospital Pascasio	53%	67%	59%	S/D
Hospital Villa Tapia	79%	82%	82%	S/D
Hospital de Tenares	74%	87%	78%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios es de un **72%**.

Hallazgos y Recomendaciones

1. Gerencia Financiera

- Medios de verificación incompletos (sin firmas, sin sello o participación del responsable de la actividad). En algunos casos, la narrativa de los informes es la misma aun siendo establecimientos diferentes.

2. Monitoreo y Evaluación

- Medios de verificación que no contemplaban fecha de ejecución, por lo cual no pudieron ser valorados.

3. Comunicación Estratégica

- Actividades programadas sin ejecución.

4. Medicamentos

- Presentan metas de actividades descritas en porcentajes sin especificar el universo propuesto.

5. Departamento de Sistema de Información

- Medio de verificación no congruente con una actividad propuesta. El informe no cumplía con las características propias del contenido a que hace referencia.

6. Departamento de Tecnología

- La actividad reprogramada carece de los sustentos correspondientes.

7. Departamento de Calidad

- El medio de verificación definido para la actividad de seguimiento a la habilitación de los establecimientos de salud es una limitante para su ejecución, puesto que las licencias de habilitación dependen de una instancia externa al SRS.

8. Hospital de Tenares

- Las actividades registradas para este centro en su mayoría están valoradas en porcentajes, no relacionándose con la propuesta de la actividad.

9. Hospital Pascasio Toribio.

- En este establecimiento presentan medios de verificación y actividades que no van acorde con lo enunciado.

10. Hospital Villa Tapia.

- Algunas de las actividades carecían de los medios de verificación para su reprogramación.

Recomendaciones Generales

- La Gerencia Estratégica debe dar acompañamiento a la unidad de Comunicaciones, puesto que esta dependencia no ha logrado ejecutar las acciones propuestas en su POA. Tampoco logra presentar sustentos que validen reprogramación.
- Se amerita aumentar el acompañamiento desde el SRS hacia las dependencias de esta Red. Se pudo valorar la ausencia de medios de verificación en los establecimientos de salud visitado y metas de actividades expresadas en porcentajes, que no favorece la consecución del producto relacionado a la actividad.
- El seguimiento interno del SRS debe estar acompañado de propuestas de mejora y acompañamiento a la implementación de estas. Se valora que correcciones propuestas en monitoreos anteriores, se siguen presentando sin variación en algunas dependencias.

Servicio Regional de Salud Enriquillo

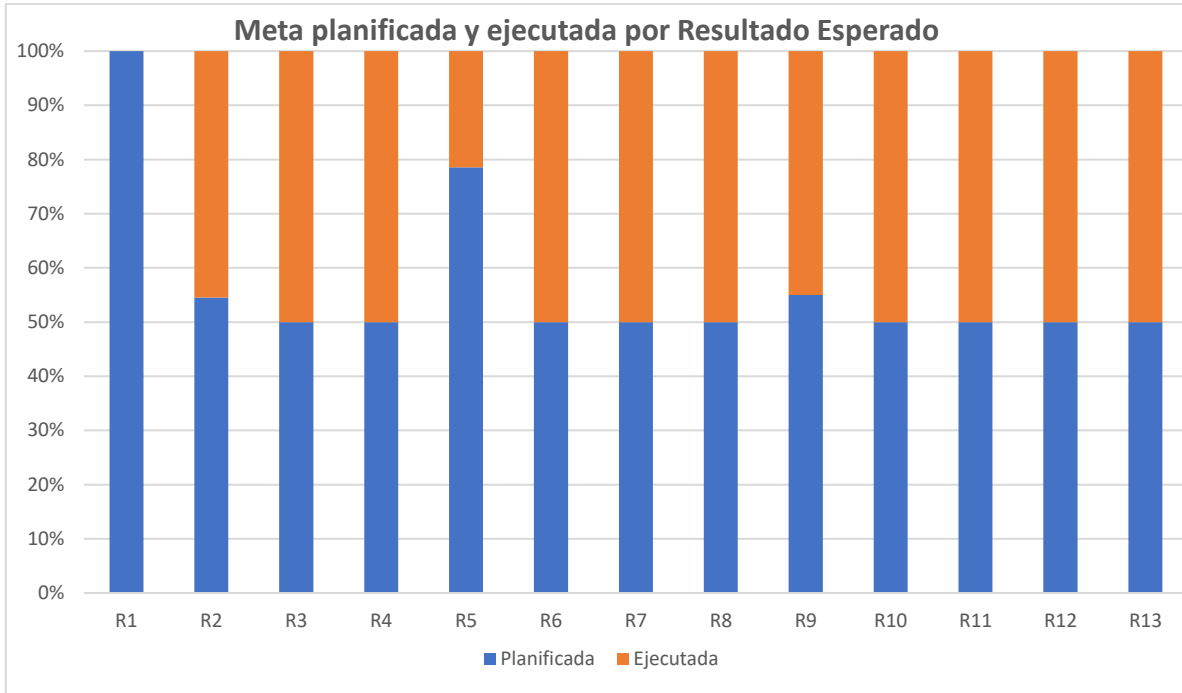
Este SRS programó en el trimestre julio-septiembre del POA 2018 un total de 71 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Recursos Humanos		✓
Gerencia Administrativa		✓
Gerencia Financiera		✓
Gerencia Asistencial		✓
Gerencia Estratégica	✓	
Sistema de Información		✓
URGM		No reportó
Odontología		✓
M&E	✓	
Apoyo Diagnóstico		No reportó

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Enriquillo	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia Financiera	82%	92%	72%	S/D
Gerencia Asistencial	85%	91%	82%	S/D
Sistema Información	100%	90%	90%	S/D
Monitoreo y Evaluación	100%	100%	100%	S/D
Odontología	100%	100%	100%	S/D
Recursos Humanos	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Administrativa	0%	0%	0%	0
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **84%**.



En cuanto a las actividades no-programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, se numeran a continuación.

SRS Enriqueillo	Núm. Actividades No Programadas
Gerencia Financiero	1
Gerencia Asistencial	3
Unidad de Monitoreo	6
Sistema de Información	7
Servicio Diagnóstico	6
URGM	21
Total de Actividades NP	44

Dependencias SRS IV

SRS Enriqueillo	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GA Batoruco	55%	45%	45%	S/D
Hospital Julia Santana	21%	22%	22%	S/D
Hospital Villa Jaragua	36%	45%	45%	S/D
Hospital los Ríos	15%	20%	20%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios es de un **42%**.

Hallazgos y Recomendaciones

1. Gerencia Asistencial

- Medios de verificación incompletos que afectó la ejecución de algunas actividades.

2. Gerencia Administrativo

- Ausencia de evidencias para validar la ejecución programática.

3. Unidad Regional de Medicamentos -URGM-

- Mayor ejecución de actividades no-programadas en relación con las programadas.

4. Servicios Diagnósticos

- Mayor ejecución de actividades no-programadas en relación con las programadas.

5. Financiera

- Medios de verificación incompletos.

6. Gerencia de Área Bahoruco

- Débil organización de los medios de verificación.
- El personal técnico presenta bajo conocimiento y apego de las acciones programadas en el POA.

7. Hospital Municipal Los Ríos

- Desconocen la existencia del POA de medio término definido para la Red.

8. Hospital Municipal Alfredo González de Villa Jaragua.

- Desconocen la existencia del POA de medio término definido para la Red.

9. Hospital Municipal Julia Santana de Tamayo.

- Desconocen la existencia del POA de medio término definido para la Red.

Recomendaciones Generales

- Fortalecer el acompañamiento a las dependencias del Servicio Regional para mejorar el conocimiento y apego a la ejecución programática.
- El SRS debe proponer planes de mejora para incrementar la ejecución de acciones del POA de acuerdo con lo programado. Acompañar el proceso de ejecución de las propuestas de mejora.
- Socializar el POA Medio Término definido como parte del proceso de articulación de la Red SNS, lo que permitirá proveer condiciones para la consecución de los resultados.
- Apoyar a las dependencias del SRS en el fortalecimiento de la organización y presentación de sus evidencias.

Servicio Regional de Salud Este

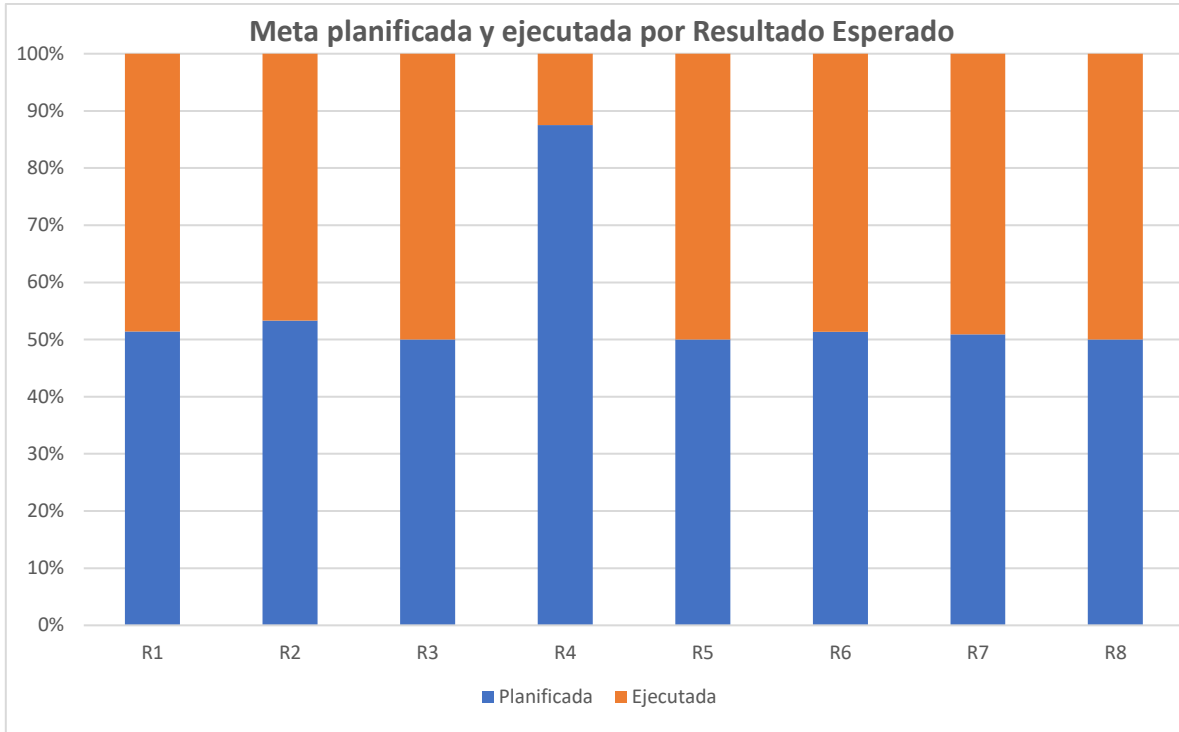
Este SRS programó en el trimestre julio-septiembre del POA 2018 un total de 400 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Gerencia Administrativa		✓
Gerencia Financiera		✓
Gerencia Asistencial		✓
Atención al Usuario		✓
Gerencia Estratégica	✓	
Sistema de Información	✓	
Apoyo Diagnostico		✓
URGM		✓
M&E	✓	

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Este	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia Financiera	97%	81%	81%	S/D
Gerencia Administrativa	94%	96%	89%	S/D
Gerencia Estratégica	90%	93%	93%	S/D
Gerencia Asistencial	42%	54%	50%	S/D
Medicamentos	100%	100%	100%	S/D
Monitoreo	100%	100%	100%	S/D
Recursos Humanos	96%	92%	92%	S/D
Sistema Información	100%	100%	99%	S/D
Atención a Usuarios	100%	100%	100%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **84%**.



En cuanto a las actividades no programadas asociadas realizadas por este servicio regional se presentan las siguientes:

SRS Este	Núm. Actividades No Programadas
Gestión Humana	3
URGM	2
Gerencia Asistencial	8
Gerencia Financiera	2
Monitoreo	5
Servicios Diagnóstico Laboratorio	6
Total de actividades NP	26

Dependencias SRS V

SRS Este	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS La Altagracia	83%	85%	94%	S/D
Hospital Gral. y Esp. Ntra. Señora de la Altagracia	85%	81%	96%	S/D
Hospital Materno Ntra. Sra. de La Altagracia	66.6	55%	55%	S/D
Hosp. Mun. Dra. Evangelina Perozo, Yuma	51%	47%	46%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios es de un **74%**.

Hallazgos y Recomendaciones*1. Gerencia Asistencial*

- Ausencia de medios de verificación o presentación incompleta que limita la validación de las actividades.
- Hay actividades que no pudieron ser validadas, las cuales refiere el área que fueron realizadas en el segundo trimestre. Sin embargo, se buscaron los registros correspondientes a trimestres anteriores en los cuales se confirmó la actividad como no ejecutada en ese momento.

2. Gerencia Estratégica

- Esta gerencia no fue ejecutado el total de acciones programadas en el trimestre.

3. Gerencia de Área la Altagracia

- Presentación de medios de verificación no relacionados a las actividades.

4. Hospital General y de Especialidades Nuestra Señora de la Altagracia

- Debilidades al momento de presentar sus medios de verificación.
- Falta de organización en la carpeta de sus evidencias

5. Hospital Materno Infantil La Altagracia

- En este establecimiento de salud se desconocía la existencia del POA de Medio Término 2018, refieren que la matriz enviada por el servicio regional no pudo ser

desbloqueada para descargar el archivo, reportaron la eventualidad, pero no recibieron respuesta desde el SRS.

- Se evaluaron las actividades que se habían ejecutado en el trimestre, reorganizando las evidencias con el objetivo de validar lo realizado en el período.

6. Hospital Evangelina Perozo

- Este centro programó 61 acciones durante el trimestre incluyendo las de POA de medio término.
- Débil organización de los medios de verificación.

Recomendaciones Generales

- Fortalecer el acompañamiento a las dependencias del Servicio Regional para mejorar el conocimiento y apego a la ejecución programática.
- El SRS debe proponer planes de mejora para incrementar la ejecución de acciones del POA de acuerdo con lo programado. Acompañar el proceso de ejecución de las propuestas de mejora.
- Apoyar a las dependencias del SRS en el fortalecimiento de la organización y presentación de sus evidencias.

Servicio Regional de Salud El Valle

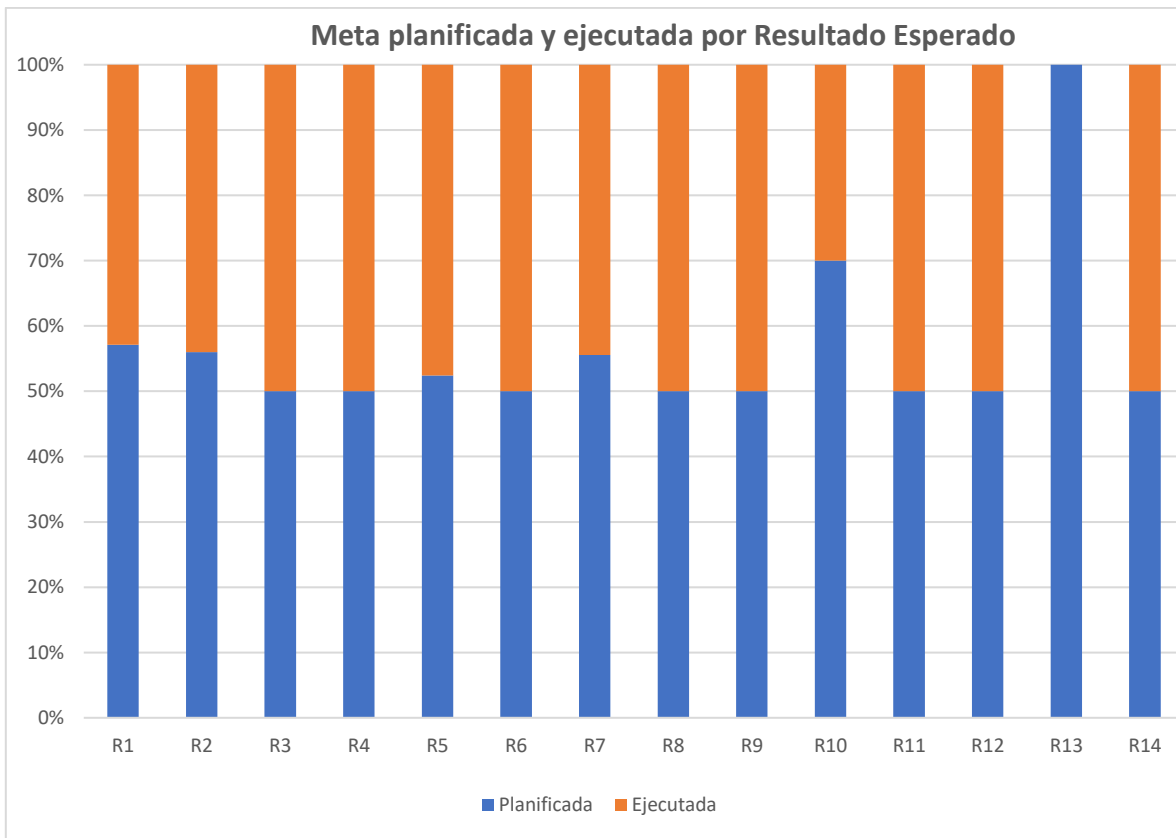
Este SRS programó en el trimestre julio-septiembre del POA 2018 un total de 350 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Recursos Humanos	✓	
Gerencia Administrativa	✓	
Gerencia Financiera	✓	
Gerencia Asistencial	✓	
Gerencia Estratégica	✓	
Atención al Usuario	✓	
Sistema de Información	✓	
Odontología	✓	
TIC	✓	
M&E	✓	
Servicios Diagnósticos	✓	

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud El Valle	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia Financiera	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Administrativa	70%	70%	70%	S/D
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Asistencial	98%	98%	96%	S/D
M&E	77%	88%	88%	S/D
Odontología	100%	100%	100%	S/D
Recursos Humanos	100%	100%	100%	S/D
Sistema Información	100%	100%	100%	S/D
Tecnología	100%	100%	100%	S/D
Dirección Regional	0%	0%	0%	S/D
Servicios Diagnósticos	97%	98%	98%	S/D
Atención a Usuarios	100%	100%	100%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **83%**.



Dependencias SRS VI

SRS El Valle	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS Azua	61%	57%	57%	S/D
Hospital Taiwán	59%	83%	83%	S/D
Hospital de Peralta	96%	84%	81%	S/D
Hospital Ntra. Sra. Del Carmen	75%	70%	70%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios es de un **75%**.

Hallazgos y Recomendaciones

1. Gerencia Asistencial

- Medios de verificación incompletos o no relacionados a las actividades propuestas.
- Enunciados de actividades que proponen actividades confusas y que, al confrontarse con la meta, difieren.

2. Departamento de Monitoreo y Evaluación.

- Reprogramaron varias actividades cuya ejecución dependen del SNS.

3. Departamento de Emergencia y Desastre.

- Este departamento no tenía actividades programadas para el tercer trimestre.

5. Departamento Administrativo y Financiero

- Medios de verificación incompletos.

6. Departamento de Odontología

- Medios de verificación incompletos.

7. Dirección Regional

- La actividad propuesta a ejecutarse por el/la directora (a) regional fue realizada por otra área, por lo cual se invalida, por no responder al objetivo con el cual fue propuesta.

8. Gerencia de Área I- Azua.

- Presentan actividades las cuales no pudieron ser evaluadas por carecer de los medios de verificación.
- Medios de verificación carentes de nombres, códigos de las actividades y fechas.
- Algunos de los sustentos para reprogramación de las actividades están incompletos.

9. Hospital Taiwán

- Ausencia de algunos medios de verificación que sustenten las actividades realizadas.
- Actividades con metas en porciento sin relacionar al universo o meta general propuesta.
- Medios de verificación incompletos.

10. Hospital Peralta

- Poco personal para la ejecución de las actividades, aunque presentan una adecuada ejecución de sus actividades programadas para el trimestre evaluado en el POA.

11. Hospital Ntra. Sra. del Carmen.

- Alteración de medios de verificación presentados, con tachaduras y variación en el contenido.
- Actividades carentes de medios de verificación y sin justificación para su reprogramación.

Recomendaciones Generales

- Fortalecer el acompañamiento a las dependencias del Servicio Regional para mejorar el conocimiento y apego a la ejecución programática.
- Apoyar a las dependencias del SRS en el fortalecimiento de la organización y presentación de sus evidencias.
- Remitir oportunamente el reporte trimestral del POA.

Servicio Regional de Salud Cibao Occidental

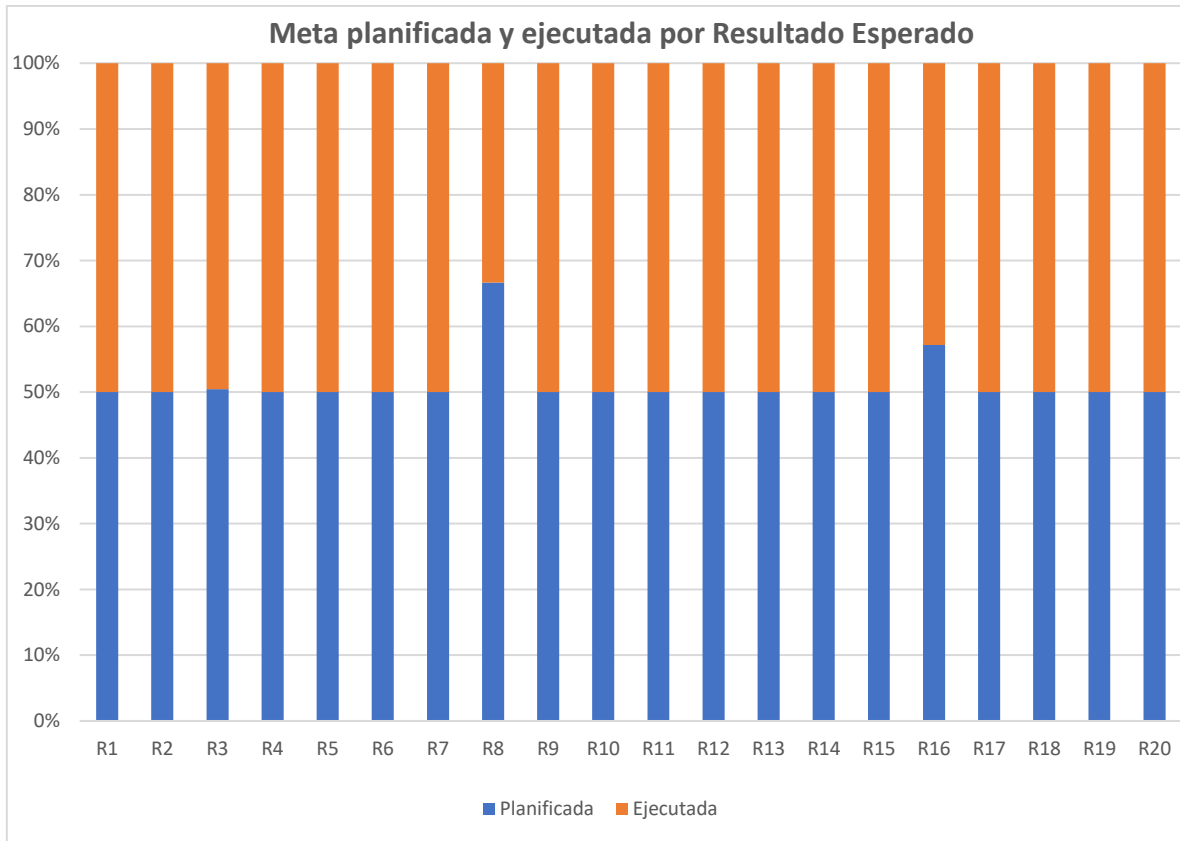
Este SRS programó en el trimestre julio-septiembre del POA 2018 un total de 153 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Director Regional	✓	
Recursos Humanos	✓	
Gerencia Administrativa	✓	
Gerencia Financiera	✓	
Gerencia Asistencial	✓	
Gerencia Estratégica	✓	
Atención al Usuario	✓	
Sistema de Información	✓	
Calidad	✓	
Materno Infantil	✓	
Odontología	✓	
Comunicación	✓	
M&E	✓	
Servicios Diagnóstico	✓	

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Cibao Occidental	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia Financiera	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Administrativa	67%	75%	75%	S/D
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Asistencial	99%	99%	99%	S/D
Servicios Diagnostico	100%	100%	100%	S/D
Medicamentos	100%	100%	100%	S/D
Monitoreo	100%	100%	100%	S/D
Recursos Humanos	100%	100%	100%	S/D
Sistema Información	88%	88%	88%	S/D
Atención a Usuarios	100%	100%	100%	S/D
Director Regional	100%	100%	100%	S/D
Comunicaciones	100%	100%	100%	S/D
Calidad	100%	100%	100%	S/D
Odontología	100%	100%	100%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **96%**.



Dependencias SRS VII

SRS Cibao Occidental	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS Santiago Rodríguez	87%	85%	85%	S/D
Hospital Villa los Almácigos	74%	76%	72%	S/D
Hospital de Mención	100%	100%	100%	S/D
Hospital Gral. Santiago Rodríguez	96%	95%	95%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios es de un **91%**.

Hallazgos y Recomendaciones.

1. Departamento de Sistema de Información

- Este departamento no alcanzó la meta programada en una de sus actividades por carecer de los sustentos de dicha actividad.

2. Gerencia Administrativa.

- No lograron ejecutar la meta propuesta al trimestre. Reportan cambio de gestión del área.

3. Gerencia de Área General Santiago Rodríguez.

- En esta gerencia hubo 5 actividades no ejecutadas, que no pudieron ser validadas por carecer de soportes que justifiquen el cumplimiento de las mismas.

4. Hospital Villa los Almácigos

- Programaron 57 acciones en el trimestre, de las cuales 13 fueron reprogramadas para el cuarto trimestre refiriendo falta de personal y problemas de infraestructura. Acciones que no fueron realizadas en un caso porque la máquina de anestesiología estaba dañada.
- Listados de asistencia llenos con el mismo tipo de letra, por lo que se les orientó a poner a firmar los presentes en las actividades.

5. Hospital de Mención

- En este establecimiento fueron reprogramadas varias actividades las cuales fueron pautadas para el cuarto trimestre. Las demás actividades fueron ejecutadas satisfactoriamente.

Recomendaciones Generales

- Mantener la organización y registros de las actividades ejecutada del POA.
- Apoyar a las GAS y CEAS mediante el seguimiento y monitoreo de la ejecución del POA.
- La GAS deben fortalecer la organización de sus evidencias acordes a las actividades programadas.

Servicio Regional de Salud Cibao Central

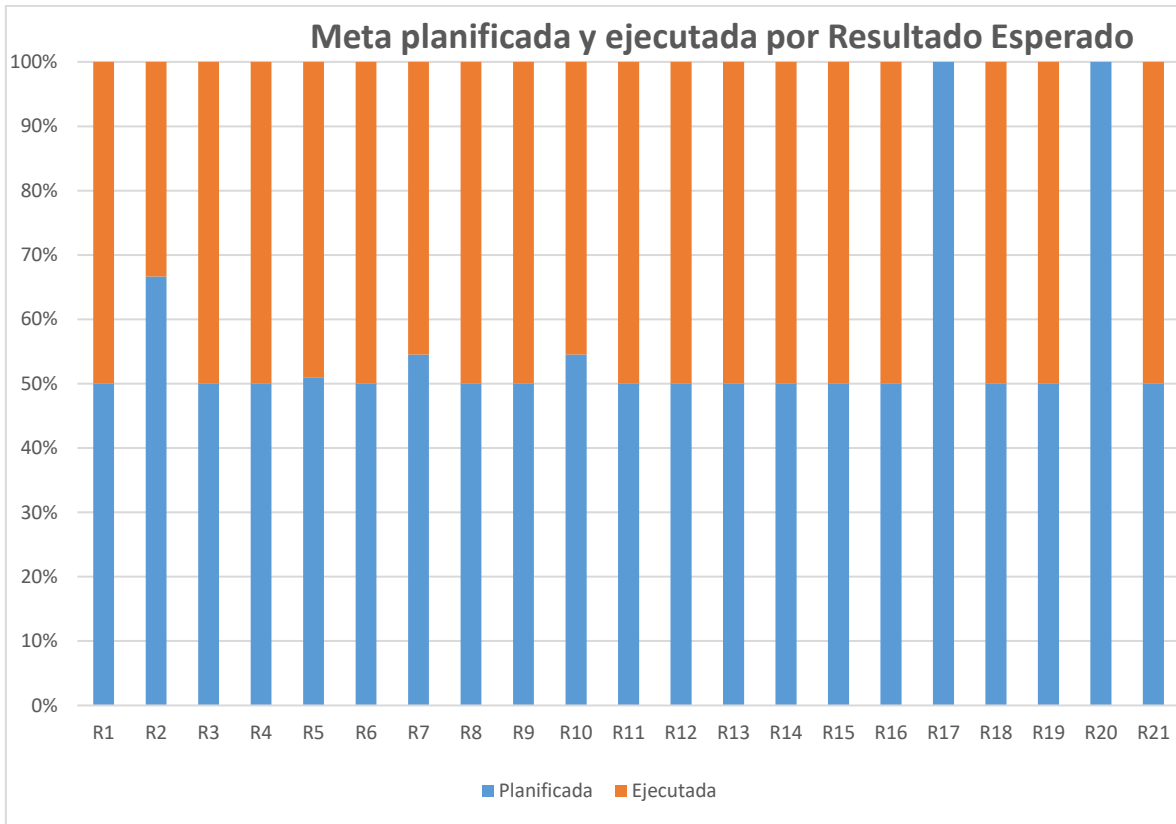
Este SRS programó en el trimestre abril-junio del POA 2018 un total de 289 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Recursos Humanos	✓	
Gerencia Administrativa	✓	
Gerencia Financiera	✓	
Gerencia Asistencial	✓	
Gerencia Estratégica	✓	
Comunicaciones	✓	
Sistema de Información	✓	
Servicios Diagnostico	✓	
URGM	✓	
M&E	✓	
Atención al Usuario	✓	

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Cibao Central	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia Financiera	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Administrativa	80%	80%	80%	S/D
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Asistencial	69%	71%	71%	S/D
Dirección Regional	0%	0%	0%	0%
M&E	100%	100%	100%	S/D
Comunicaciones	100%	100%	100%	S/D
Medicamentos	100%	100%	100%	S/D
Odontología	100%	100%	100%	S/D
Recursos Humanos	96%	89%	89%	S/D
Sistema Información	100%	100%	100%	S/D
Servicios Diagnósticos	100%	100%	100%	100%

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **86%**.



Dependencias SRS VIII

SRS Cibao Central	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS Sánchez Ramírez	97%	98%	98%	S/D
Hospital Inmaculada Concepción	70%	56%	56%	S/D
Hospital. Villa la Mata	76%	89%	89%	S/D
Hospital de Cevicos	95%	95%	91%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios es de un **85%**.

Hallazgos y Recomendaciones*1. Gerencia Estratégica*

- El formato de redacción de los informes presentados como medio de verificación de las actividades, no cumple con los criterios de contenido.

2. Gerencia Asistencial

- Medios de verificación incompletos y otros, no asociados a las actividades programadas.
- Actividades no ejecutadas y sin soporte para reprogramación de estas.

3. Director Regional

- Las actividades a ser realizadas por el director regional fueron asignadas al gerente estratégico, lo que afecta al objetivo contemplado para esta actividad, por lo cual no fueron validadas.

4. Gerencia de Área Sánchez Ramírez

- Se les validó el cambio de medio de verificación de una actividad, por ser este de mayor relevancia que el propuesto inicialmente.

5. Hospital Provincial Inmaculada Concepción.

- Débil organización de sus evidencias.
- Bajo apego a la ejecución de su POA.
- Medios de verificación incompletos.

6. Hospital de Cevicos

- Se les validó la reprogramación de algunas actividades por el centro carecer de capacidad resolutive para su ejecución.

7. Hospital Municipal Villa la Mata

- Algunas actividades no presentaron sus sustentos para ser ejecutadas.

Recomendaciones Generales

- El Servicio Regional debe mantener el acompañamiento a los establecimientos y dependencias de la Red, para promover el apego a la programación.
- Fortalecer la organización y presentación de los medios de verificación propuestos en el POA.
- Realizar socializaciones del avance de la ejecución del POA y proponer mejoras a las distintas dependencias, para fortalecer el cumplimiento y alcance de los objetivos.

7. Anexos

Gráfico resultados trimestre 3-2018 DCSNS

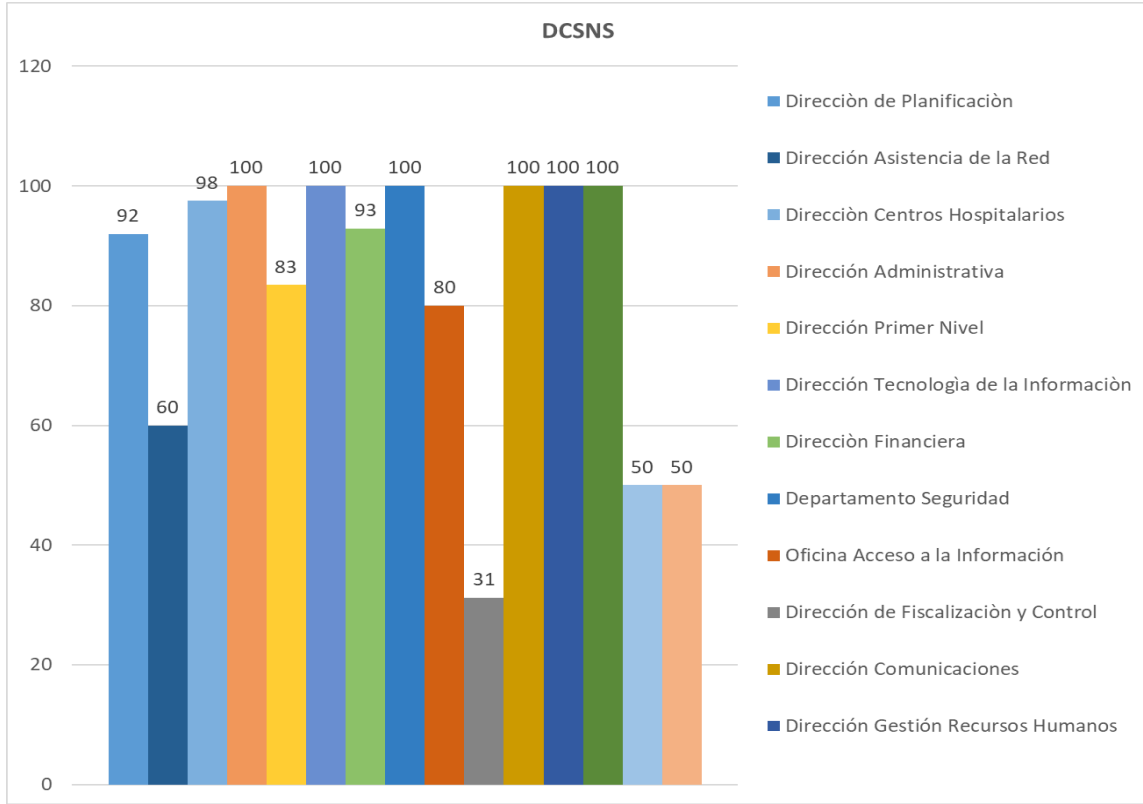


Gráfico resultados trimestre 3-2018 Red SNS

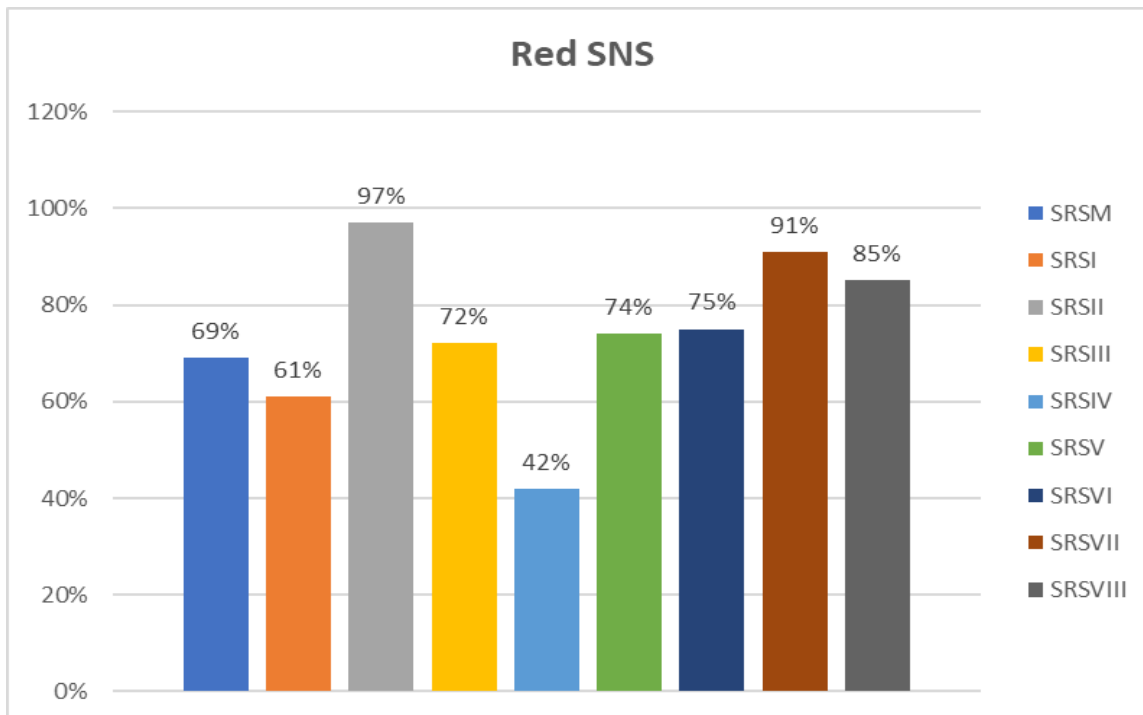


Tabla resultados trimestre 3-2018 DCSNS

Unidades Departamentales	% Cumplimiento Individual
Dirección de Planificación	92
• Cooperación Internacional	100
• Monitoreo y Evaluación	100
• Sistema de la Información	100
• Calidad Institucional	100
• Proyectos	60
Dirección Asistencia de la Red	60
• Servicios Diagnósticos y Sangre	56
• Materno Infantil	19
• Odontología	50
• Gestión Clínica	88
• Emergencia y Desastres	94
Dirección Centros Hospitalarios	98
Dirección Administrativa	100
• Infraestructura, Mantenimiento y Equipos	50
Dirección Primer Nivel	83
Dirección Tecnología de la Información	100
Dirección Financiera	93
Departamento Seguridad	100
Oficina Acceso a la Información	80
Dirección de Fiscalización y Control	31
Dirección Comunicaciones	100
Dirección Gestión Recursos Humanos	100
• Pasantía Médica	100
Dirección de Medicamentos e Insumos	100
Dirección Jurídica	50
Dirección de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud	50
• Atención a los Usuarios	100
• Monitoreo de la Calidad de los Servicios	0
% Cumplimiento Dirección Central del SNS	82

2019



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

MONITOREO DEL PLAN OPERATIVO ANUAL 2018

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

TRIMESTRE OCTUBRE-DICIEMBRE 2018

Director Ejecutivo SNS

Lic. Chanel Rosa Chupany

Coordinación General:

Michelle Guzmán

Directora de Planificación y Desarrollo

Coordinación Técnica:

Ilka González

Encargada Formulación, Monitoreo y Evaluación PPP

Apoyo Técnico:

Josefina Rosa

Gladioly Flores

Claudia D' Oleo

Zunilda López

Samuel Félix

Victoria Madera

Patricia Caba

Siglas y Acrónimos

SNS	Servicio Nacional de Salud
DCSNS	Dirección Central del Servicio Nacional de Salud
SRS	Servicios Regionales de Salud
GAS	Gerencia de Área de Salud
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Publico
PEI	Plan Estratégico Institucional
ODS	Objetivo Desarrollo Sostenible
POA	Plan Operativo Anual
EESS	Establecimientos de Salud
CEAS	Centro Especializado de Atención en Salud
UNAP	Unidad de Atención Primaria
RTP	Reporte Trimestral POA
MEP	Matriz Evaluación POA

Índice

Índice	3
1. Introducción.....	5
2. Oportunidad Reporte Trimestral del POA (RTP) DCSNS	6
3. Plan Operativos Anual 2018.....	6
4. Resultados del Monitoreo del Cuarto Trimestre del POA.....	7
Dirección de Fiscalización y Control Interno	8
Recomendaciones	8
Dirección Jurídica.....	8
Recomendaciones	9
Oficina de Acceso a la Información.....	9
Recomendaciones	10
Dirección de Comunicación Estratégica	10
Recomendaciones	10
Dirección de Planificación y Desarrollo	10
Recomendaciones	12
Dirección de Gestión de la Información.....	12
Recomendaciones	12
Dirección Recursos Humanos	13
Recomendaciones	13
Dirección Financiera	14
Recomendaciones	14
Dirección Administrativa	15
Recomendaciones	16
Dirección Tecnología de la Información	16
Recomendaciones	16
Dirección de Centros Hospitalarios	17
Recomendaciones	17
Dirección Primer Nivel de Atención	17
Recomendaciones	18
Dirección de Asistencia a la Red.....	19
Recomendaciones	20
Dirección de Medicamentos e Insumos	21

Recomendaciones.....	22
Dirección de Gestión Calidad de los Servicios.....	22
Recomendaciones.....	22
Seguridad Hospitalaria.....	23
Recomendaciones.....	23
5. Observaciones y recomendaciones generales.....	24
6. Servicios Regionales de Salud.....	25
Servicio Regional de Salud Metropolitano.....	26
Servicio Regional de Salud Valdesia.....	31
Servicio Regional de Salud Norcentral.....	36
Servicio Regional de Salud Nordeste.....	39
Servicio Regional de Salud Enriquillo.....	44
Servicio Regional de Salud Este.....	48
Servicio Regional de Salud El Valle.....	52
Servicio Regional de Salud Cibao Occidental.....	56
Servicio Regional de Salud Cibao Central.....	60
7. Anexos.....	64

1. Introducción

El Plan Operativo Anual (POA) constituye la desagregación operativa del Plan Estratégico Institucional (alineado a la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 y el Plan Nacional Plurianual del Sector Público), conteniendo objetivos, productos, indicadores, metas, cronogramas, resultados esperados y actividades que se impulsarán en el transcurrir del año, y que deberá estar vinculado con el presupuesto a fin de concretar lo planificado en función de las capacidades y la disponibilidad real de los recursos.

Por lo que evaluar periódica y sistemáticamente los progresos del Plan Operativo Anual (POA) es una tarea que garantizará que las autoridades, puedan disponer de informaciones que le faciliten la toma de decisiones de forma pertinente y oportuna.

El *monitoreo* es el acompañamiento sistemático y periódico de la ejecución de una actividad o proceso para verificar el avance hacia la ejecución de una meta, la adecuada utilización de recursos para lograr dicho avance y la consecución de los objetivos planteados durante el proceso de ejecución, con el fin de detectar oportunamente deficiencias, obstáculos o necesidades de ajuste.

La *evaluación* es el proceso sistémico y objetivo que verifica la eficacia, eficiencia y efectividad de los planes; a la luz de sus objetivos, en cada una de las dimensiones de ejecución y obtención de resultados, debiendo tomar en cuenta los avances en el cumplimiento de los compromisos establecidos, en relación con los acuerdos, planes locales, nacionales y referentes internacionales ineludibles (Planes de Desarrollo Sectoriales, Metas Presidenciales, Agenda Nacional de Desarrollo, Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), Acuerdos Internacionales, etc.).

Este documento describe la aplicación de las acciones contenidas en el Plan de Monitoreo y Evaluación (PME) sobre la ejecución Plan Operativo Anual (POA) del Servicio Nacional de Salud y los Servicios Regionales de Salud.

El PME está conformado por un Sistema de Monitoreo y un Plan de Evaluación:

- *El Sistema de Monitoreo* tiene como objetivo acompañar el comportamiento del proceso de ejecución con relación a:

- (i) La ejecución de las actividades programadas;
- (ii) La congruencia de la ejecución presupuestaria en relación a las actividades programadas; y,
- (iii) El alcance de los Productos previstos en el plan.

- *El Plan de Evaluación* tiene como objetivo informar sobre el alcance de las metas del resultado anual y del impacto que el logro de los productos pueda tener sobre los resultados planificados; medidos a partir del seguimiento a sus respectivos indicadores. También informa sobre el comportamiento de los indicadores, los riesgos y las medidas de mitigación, para que los objetivos puedan ser alcanzados.

2. Oportunidad Reporte Trimestral del POA (RTP) DCSNS

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Calidad Institucional	✓	
Departamento de Cooperación Internacional	✓	
Departamento de Atención a Usuarios	✓	
Departamento de Atención Primaria	✓	
Departamento de Gestión Clínica		✓
Oficina de Acceso a la Información	✓	
Departamento de Monitoreo y Evaluación	✓	
Dirección de Seguridad Física Hospitalaria	✓	
División Materno Infantil		✓
Departamento de Apoyo Diagnóstico y Sangre	✓	
Departamento de Pasantía Médica	✓	
Dirección de Gestión Humana		
División de Odontología	✓	
Departamento de Infraestructura, Mant. y Equipos		✓
Dirección de Medicamentos e Insumos	✓	
Dirección de Comunicación Estratégica	✓	
Departamento de Emergencia y Desastre	✓	
Dirección de Centros Hospitalarios	✓	
Oficina de Control y Fiscalización	✓	
Dirección Administrativa-Financiera	✓	
Dirección Gestión de la Información	✓	
Dirección de Tecnología de la Información	✓	
Proyecto		✓
Dirección de Jurídica		✓

3. Plan Operativos Anual 2018

El Plan Operativo Anual (POA) 2018 de la Dirección Central del Servicio Nacional de Salud es la expresión operativa del Plan Estratégico Institucional del SNS (PEI-SNS). Este POA cuenta con un total de 32 productos y para su alcance fueron contempladas 335 actividades programables y presupuestables, conteniendo a su vez 1,800 acciones.

Este plan se formula bajo un ejercicio de articulación del accionar de las dependencias que componen la DCSNS y los Servicios Regionales de Salud.

El seguimiento y evaluación se efectúa sobre la base de indicadores identificados en el POA. Estos permitirán conocer los niveles de efectividad, eficacia y eficiencia logrados por cada unidad, de acuerdo a la aplicación de las siguientes relaciones:

- *Indicador de Efectividad:* Expresa la relación entre lo logrado y lo programado, en cuanto a la meta propuesta.
- *Indicador de Eficacia:* Es la relación entre las metas logradas y programadas, teniendo en cuenta el tiempo real de ejecución de la actividad.
- *Indicador de Eficiencia:* Es la relación entre el tiempo, los recursos invertidos y los logros obtenidos.

4. Resultados del Monitoreo del Cuarto Trimestre del POA

El Plan Operativo Anual es la expresión operativa de la Planificación Estratégica Institucional 2016-2020. La metodología aplicada para el monitoreo ejecutado contempla el reporte por dependencia de las actividades programadas y completadas, coordinación de las visitas por dependencia de la DCSNS y SRS, para finalmente realizar el monitoreo donde se valida la existencia de las evidencias contempladas en la formulación del POA de cada dependencia.

La Dirección Ejecutiva del Servicio Nacional de Salud, acorde a la visión estratégica definida para enrutarse el accionar de la institución en el marco de la Ley 123-15 que Crea el Servicio Nacional de Salud y de acuerdo con las prioridades nacionales en materia de salud, fueron definidas las siguientes prioridades directivas:

1. Desarrollo y Gestión de la Red de Servicios
2. Transparencia Institucional
3. Gestión Integral de Información
4. Gestión y Control de la Planificación Institucional
5. Promoción y Cultura de Innovación
6. Disminución de la Mortalidad Materna e Infantil
7. Gestionar y fortalecer el Talento Humano
8. Automatización Tecnológica
9. Cultura de Servicios y Gestión de Usuarios
10. Fortalecimiento de la Veeduría y participación social
11. Calidad de la Atención Clínica

A continuación, los resultados del trimestre octubre-diciembre 2018 del monitoreo realizado en la Dirección Central del Servicio Nacional de Salud.

Dirección de Fiscalización y Control Interno

Esta dirección programó en el trimestre octubre-diciembre del POA Medio Término 2018, un total de 6 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección de Fiscalización y Control	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección de Fiscalización y Control	100%	100%	78%	S/D
% Cumplimiento DFC	100%	100%	78%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, se presentó el siguiente reporte.

Dirección de Fiscalización y Control	Núm. Actividades No Programadas	% ANP
Dirección de Fiscalización y Control	2	100%
Total de Actividades DFC	2	100%

Hallazgos

- Los medios de verificación presentados no se corresponden a los instrumentos estandarizados definidos para la institución.
- Las actividades no son registradas acorde fue enunciada en el POA de esta dirección.

Recomendaciones

- Utilizar los instrumentos estandarizados definidos, como: Lista de asistencia, minutas e informe.
- Las actividades programadas deben enunciarse como fueron contempladas en el POA o guardando una alta similitud, que permita mantener la congruencia en torno a lo planificado.

Dirección Jurídica

Esta dirección programó para el trimestre octubre-diciembre del POA 2018, un total de cinco (5) acciones programable y presupuestable, a ser ejecutada por las áreas que las componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección Jurídica	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección Jurídica	0%	0%	0%	S/D
% Cumplimiento DJ	0%	0%	0%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, no se presentaron reportes.

En el trimestre julio-septiembre se reprogramó una (1) actividad para ser ejecutada en el trimestre octubre-diciembre, pero la misma carece de reporte de ejecución.

Finalmente esta dependencia no tenía contemplados productos del POA para medir su logro durante el año de ejecución del POA.

Hallazgos

- Las actividades programadas carecen de sustentos que validen su ejecución, aunque pueden valorarse procesos iniciales que apuntan a su logro.
- Con algunos sustentos mostrados, pudo requerirse la reprogramación de actividades; pero no fue solicitada por la dependencia.

Recomendaciones

- Realizar el seguimiento y verificación mensual de las actividades programadas, que permitan corregir cualquier desviación que se presente.
- Enviar cada trimestre el RTP (primeros 5 días del mes que inicia, posterior de finalizado el trimestre).
- Socializar las actividades programadas con el equipo, que permitan mantener el apego y garanticen su ejecución.

Oficina de Acceso a la Información

Esta oficina programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de catorce (14) acciones programables y presupuestables. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Oficina Acceso a la Información	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
OAI	100%	100%	82%	S/D
% Cumplimiento OAI	100%	100%	82%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, solo se reportó la ejecución de una actividad. De igual forma, se realizó una actividad que fue reprogramada del T3-2018 al T4-2018.

Oficina de Acceso a la Información	Núm. Actividades No Programadas	% ANP
OAI	1	100%
Total de Actividades OAI	1	100%

Recomendaciones

- Socializar las actividades programadas con el equipo, que permitan mantener el apego y garanticen su ejecución.

Dirección de Comunicación Estratégica

Esta dirección programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 una (1) acción programable y presupuestable, a ser ejecutada por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de esta actividad se muestra a continuación:

Dirección de Comunicación Estratégica	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Comunicación Estratégica	100%	100%	100%	S/D
% Cumplimiento DCE	100%	100%	100%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, no se cuenta con reportes.

Hallazgos:

- Los medios de verificación se encontraban desorganizados, lo que retarda el proceso de medición.

Recomendaciones

- Mejorar la organización de los sustentos de la ejecución del trimestre antes de las visitas de monitoreo.

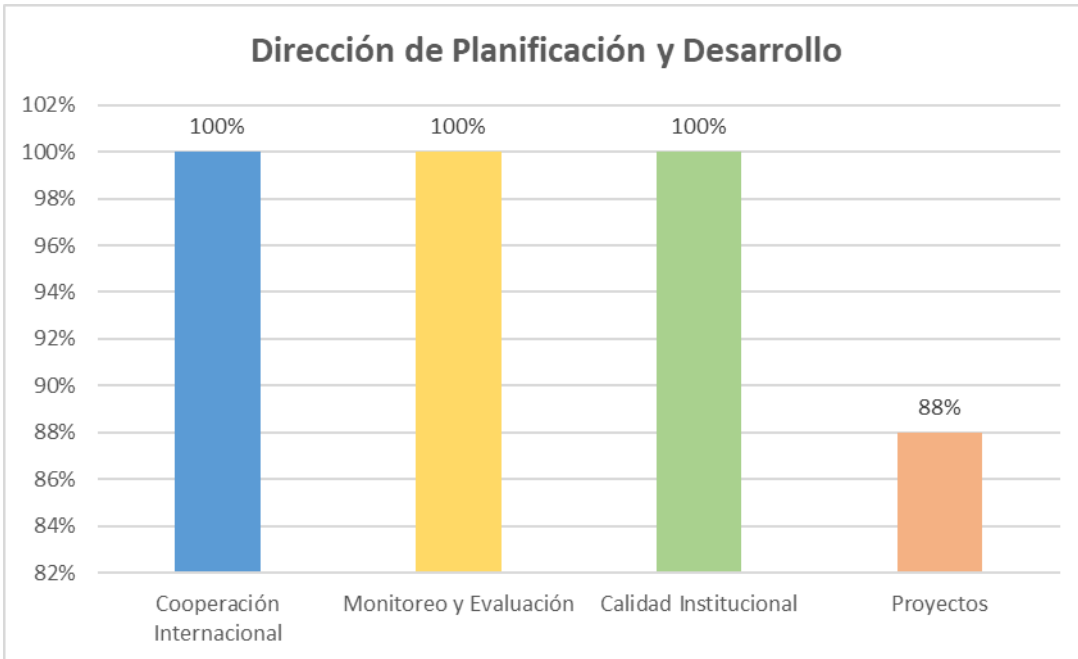
Dirección de Planificación y Desarrollo

Esta dirección programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de 49 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por los departamentos que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia, se muestra a continuación:

Dirección Planificación y Desarrollo	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Cooperación Internacional	100%	100%	100%	S/D
Monitoreo y Evaluación	100%	100%	100%	S/D
Calidad Institucional	100%	100%	100%	S/D
Proyectos	88%	86%	80%	S/D
% Cumplimiento DPyD	97%	97%	95%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, en la tabla siguiente se muestra una relación por dependencia:

Dirección de Planificación y Desarrollo	Núm. Actividades No Programadas	% ANP
Cooperación Internacional	3	15%
Formulación, Monitoreo y Evaluación PPP	8	40%
Calidad Institucional	9	45%
Total de Actividades DPyD	20	100%



Hallazgos:

1. *Cooperación Internacional*
 - De las cinco acciones a ejecutar en trimestre, dos fueron reprogramadas por causas externas. Estas fueron verificadas al momento del monitoreo.

2. *Unidad Ejecutora de Proyecto*
 - Medios de verificación incompletos en relación a lo contemplado en el Plan Operativo de esta dependencia.
 - Algunas acciones debieron ser integradas a otras que correspondían ser ejecutadas en otras fechas del trimestre, debido a la falta de disponibilidad de transporte. Por lo que tuvieron que ser ejecutadas fuera de fecha.
 - Envío tardío del RTP correspondiente al trimestre.

Recomendaciones

1. Cooperación Internacional

- Reportar en el RTP4 la reprogramación de las actividades que apliquen y remitir con los sustentos en la fecha acordada.

2. Unidad Ejecutora de Proyectos

- Realizar un seguimiento recurrente de las actividades propuestas en el POA y valorar el avance de ejecución para corregir posibles desviaciones.
- Mantener las evidencias organizadas y codificadas, para que sea más ágil el proceso de verificación.

Dirección de Gestión de la Información

Esta dirección programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de 3 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por los departamentos que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia, se muestra a continuación:

Dirección Gestión de la Información	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gestión de la Información	100%	100%	100%	S/D
% Cumplimiento DGI	100%	100%	100%	#¡REF!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, en la tabla siguiente se muestra el total de ejecuciones:

Dirección de Gestión de la Información	Núm. Actividades No Programadas	% ANP
Gestión de la Información	9	100%
Total de Actividades DGI	9	100%

Recomendaciones

- Mantener la organización de los medios de verificación.

Dirección Recursos Humanos

Esta dirección programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de 26 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por los departamentos que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia, se muestra a continuación:

Dirección Recursos Humanos	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Recursos Humanos	100%	92%	100%	S/D
Pasantía Médica	100%	100%	100%	S/D
% Cumplimiento DRH	100%	96%	100%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, se cuenta con el siguiente reporte:

Dirección de Recursos Humanos	Núm. Actividades No Programadas	% ANP
Recursos Humanos	2	50%
Pasantia Medica	2	50%
Total de actividades DRH	4	50%

Hallazgos

1. *Pasantia Médica*
 - Se mantiene la reprogramación de una actividad que depende de acciones que se implementen desde la Dirección de Tecnología.
2. *Gestión Humana*
 - Por autorización de la Dirección de Planificación, se reprogramaron dos actividades que dependen de intervenciones del Ministerio de Administración Pública (MAP).

Recomendaciones

1. *Pasantia Medica*
 - Contemplar la actividad reprogramada en el T4-2018 para su ejecución en el T1-2019.
 - Mantener la coordinación con la Dirección de Tecnología para definir acciones que permitan el logro del objetivo propuesto.
2. *Gestión Humana*
 - Contemplar la actividad reprogramada en el T4-2018 para su ejecución en POA 2019.

- Dar seguimiento al Ministerio de Administración Pública, para programar la ejecución de la actividad.



Dirección Financiera

Esta dirección programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de 5 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección Financiera	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección Financiera	100%	100%	100%	S/D
% Cumplimiento DF	100%	100%	100%	#¡DIV/0!

Hallazgos

- Una de las actividades contempladas en su POA (Estandarización de los costos de servicios de salud) fue asignada al departamento de gestión clínica por disposición del director ejecutivo (sustento escrito), por lo cual su medición será valorada en esa área.

Recomendaciones

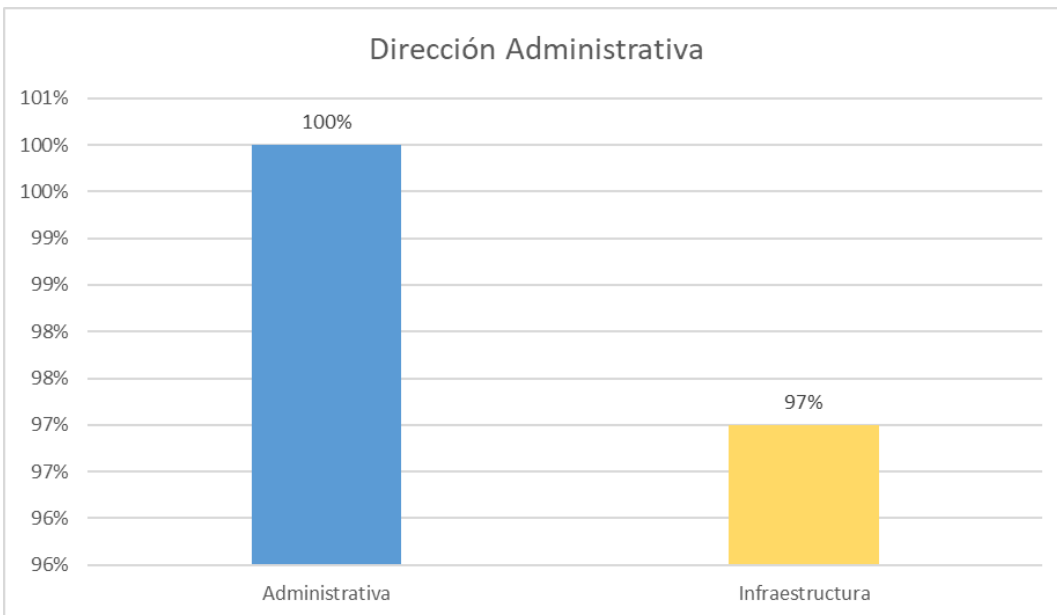
- Mantener la organización y el buen desempeño de las actividades planificadas.

Dirección Administrativa

Esta dirección programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 con un total de 37 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección Administrativa	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección Administrativa	100%	100%	100%	S/D
Infraestructura y Equipos	96%	50%	50%	S/D
% Cumplimiento DAD	98%	75%	75%	S/D

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, no se cuenta con reportes.



Hallazgos

1. Dirección Administrativa

- La medición de la ejecución del Plan Anual de Compras, fue realizada a través del Portal de Transparencia del SNS, por carecer de herramienta informática para este fin.

2. Departamento de Ingeniería y Equipos

- En este departamento no se presentó el sustento establecido para la reprogramación de una de las actividades programada en el POA, cuya ejecución según refieren dependía de recursos humanos y el MAP.

Recomendaciones

1. Dirección Administrativa

- Los sustentos o medios de verificación deben estar acorde con lo establecido en el POA.
- Colocar como medios de verificación aquellos que puedan sustentar el desarrollo de las actividades.

2. Infraestructura y Equipos

- Remitir de manera oportuna el reporte del RTP del trimestre correspondiente, de acuerdo a las fechas establecidas.
- Tener disponible los medios de verificación que justifican la no ejecución de las actividades para considerar su reprogramación en los casos que así lo ameriten.

Dirección Tecnología de la Información

Esta dirección programó en el trimestre octubre-diciembre del POA de Medio Término 2018 un total de 5 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección Tecnología de la Información	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección Tecnología de la Información	100%	100%	100%	S/D
% Cumplimiento DTI	100%	100%	100%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, no se cuenta con el reporte.

Hallazgos

- Se presentó un informe de ejecución de la actividad “Implementación Norma General Tecnología de la Información (NORTIC)”, que se asocia a actividades programadas, aunque no contenga en su totalidad la naturaleza de la programación.

Recomendaciones

- Remitir el Reporte Trimestral de POA en los tiempos y el formato establecido, así como la reprogramación de las actividades.
- Reportar las evidencias de las actividades ejecutadas de acuerdo a lo programado.
- Mantener la organización de las evidencias, ya sea en formato físico o digital. En los formatos digitales, guardarlas con los números o los códigos de las actividades, en carpetas que reflejen el trimestre de ejecución.
- Aplicar los instrumentos institucionales que apliquen de acuerdo al medio de verificación contemplado.

Dirección de Centros Hospitalarios

Esta dirección programó en el trimestre octubre-diciembre del POA de Medio Término 2018, un total de 16 acciones programables y presupuestables a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección de Centros Hospitalarios	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección de Centros Hospitalarios	100%	100%	100%	S/D
% Cumplimiento DCH	100%	100%	100%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas priorizadas por la dirección ejecutiva, se presenta la evidencia del seguimiento de la actividad descrita a continuación:

- ◆ Reunión de coordinación para poner en funcionamiento los servicios diagnósticos 24/7 en los CEAS.

En el siguiente reporte se presentan el total de actividades no programadas asociadas, realizadas por esta dirección en el trimestre:

Dirección de Centros Hospitalarios	Núm. Actividades No Programadas	% ANP
Dirección de Centros Hospitalarios	6	100%
Total de Actividades DCH	6	100%

Recomendaciones

- Fortalecer la organización de las evidencias acorde a lo programado al trimestre.

Dirección Primer Nivel de Atención

Esta dirección programó en el trimestre octubre-diciembre del POA de Medio Término 2018, un total de 27 acciones programables y presupuestables a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia, se muestra a continuación:

Dirección de Primer Nivel de Atención	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección de Primer Nivel de Atención	100%	100%	100%	S/D
% Cumplimiento DPN	100%	100%	100%	S/D

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso e incluyendo las priorizadas por la dirección ejecutiva se numera el reporte siguiente.

Dirección del Primer Nivel de Atención	Núm. Actividades No Programadas	% ANP
Dirección del Primer Nivel de Atención	24	100%
Total de Actividades DPNA	24	100%

Con relación al seguimiento de las actividades priorizadas por la dirección ejecutiva, se presentan las siguientes:

- ◆ Incluir iniciativas de capacitación del personal de los centros de salud, en apoyo al recurso humano.
- ◆ Elaboración de base de datos de CPN y usuarios, para trabajar en plan de prevención en salud y enfermedades ECNT.

De estas se derivaron las actividades siguientes:

- ◆ Jornada de capacitación para la implementación de los Protocolos de Atención a los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia en República Dominicana.
- ◆ Taller de sensibilización de trabajadores de Salud Pública de la República Dominicana, Olimpiadas Especiales.
- ◆ Seguimiento al Plan de Prevención en Salud y Enfermedades ECNT junto a SeNaSa.
- ◆ Elaboración del Plan de Capacitación en Nutrición y Salud para el desarrollo de las competencias de los Equipos de Primer nivel de Atención.

Recomendaciones

- Organizar las evidencias por actividades programadas al trimestre y de acuerdo a lo propuesto como medio de verificación.

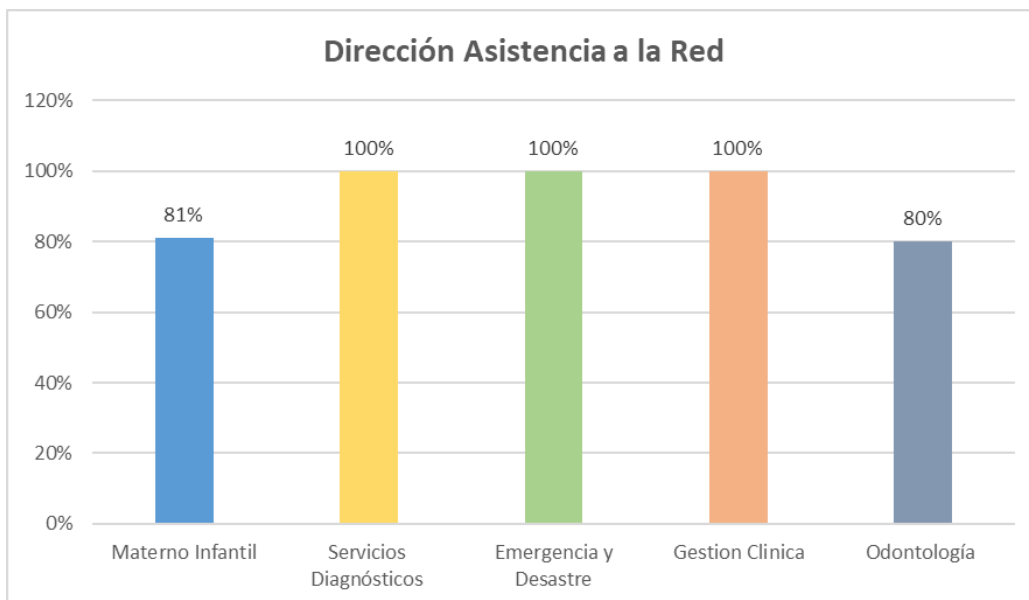
Dirección de Asistencia a la Red

Esta dirección programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las unidades que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades por unidades, se muestra a continuación:

Dirección de Asistencia a la Red	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Materno Infantil	81%	81%	74%	S/D
Servicios Diagnósticos	100%	100%	100%	S/D
Emergencia y Desastre	100%	100%	51%	S/D
Gestión Clínica	100%	100%	100%	S/D
Odontología	80%	97%	97%	S/D
% DAR	92%	96%	84%	S/D

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, se muestra el siguiente reporte:

Dirección de Asistencia a la Red	Núm. Actividades No Programadas	% ANP
Materno Infantil	51	58%
Gestión Clínica	10	11%
Servicios Diagnóstico	3	3%
Emergencia y Desastre	24	27%
Total de Actividades DAR	88	100%



Hallazgos

1. Odontología

- El POA de Medio Término y las actividades propias de Odontología no habían sido socializadas a lo interno del departamento. Por lo que se realizó una reunión entre Planificación/M&E y Odontología para socializar las metas y los medios de verificación correspondientes.
- Una de las actividades medidas carece del medio de verificación asociada, que en este caso es un informe. Solo cuentan con formularios del levantamiento realizado, por lo cual el cumplimiento de la meta fue fraccionado.

2. Materno Infantil

- Esta dependencia había mostrado un bajo cumplimiento en el tercer trimestre, evidenciando un fortalecimiento en la organización de los sustentos de las actividades, así como el apego a la ejecución de lo programado en POA.
- El RTP fue reportado con tardanza.

Recomendaciones

1. Materno Infantil

- Remitir oportunamente el reporte trimestral en acuerdo a las fechas establecida.
- Agendar las fechas acordadas para el monitoreo de este departamento y en caso de que por compromisos previos, esto no permiat su realización, requerir reprogramar nueva fecha.
- Mantener la alineación con la programación y los medios de verificación existentes.

- Registrar las razones de la desviación en aquellas actividades que presenten un cumplimiento menos a 80% y mayor a 100%.

2. Servicios Diagnósticos y Sangre

- Mantener el desempeño de la programación y la organización de los medios de verificación.

3. Emergencia y Desastre

- Mantener el desempeño de la programación y la organización de los medios de verificación.

4. Odontología

- Realizar socializaciones de la programación trimestral del POA junto a los sustentos de validación de las mismas.
- Organizar las evidencias por trimestre de ejecución.

5. Gestión Clínica

- Organizar las evidencias por trimestre de ejecución.

Dirección de Medicamentos e Insumos

Esta dirección programó en el trimestre octubre-diciembre del POA de Medio Término 2018 un total de 15 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las unidades que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades por unidades, se muestra a continuación:

Dirección de Medicamentos e Insumos	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Dirección de Medicamentos e Insumos	100%	100%	100%	S/D
% Cumplimiento DMI	100%	100%	100%	S/D

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, se numeran a continuación,

Dirección de Medicamentos e Insumos	Núm. Actividades No Programadas	% ANP
Dirección de Medicamentos e Insumos	8	100%
Total de actividades DMI	8	100%

Recomendaciones

- Mantener la constante de la ejecución de sus actividades y organización de las evidencias.

Dirección de Gestión Calidad de los Servicios

Esta dirección programó en el trimestre octubre-diciembre del POA de Medio Término 2018 un total de 19 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

Dirección de Gestión de la Calidad de los Servicios	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Atención al Usuario	100%	100%	100%	S/D
Calidad de los Servicios de Salud	0%	0%	0%	S/D

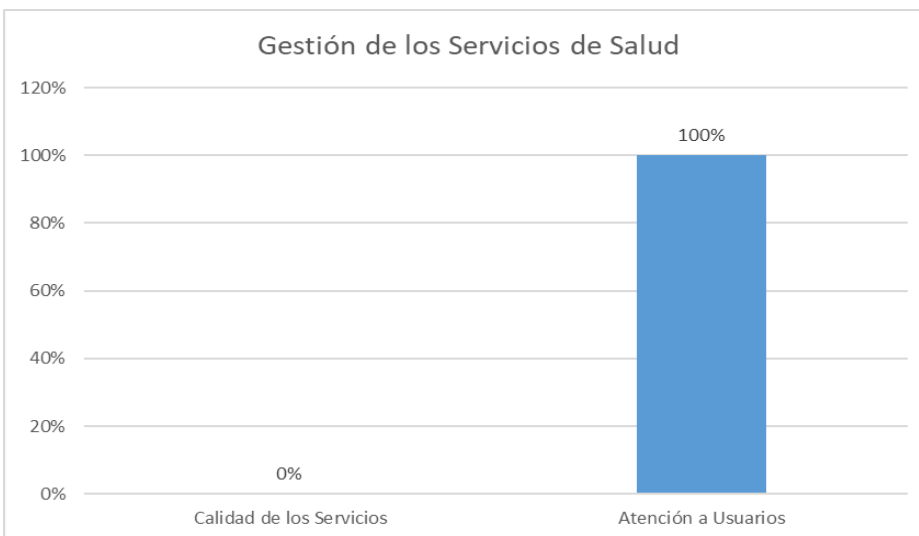
Se presentó una actividad no programada, sin embargo el medio de verificación no estaba actualizado, por lo cual no pudo ser validada.

El departamento de Monitoreo de la Calidad de los Servicios de Salud, no contaba con el/la responsable del área, que le diera el seguimiento a las actividades programadas, el encargado actual tomo posesión a partir del mes de diciembre, por lo que la no ejecución de estas actividades no les aplican para medición de su desempeño.

Recomendaciones

1. Atención al Usuario

- Continuar con la organización de sus evidencias en la ejecución de sus actividades.



Seguridad Hospitalaria

Esta dependencia programó en el trimestre octubre-diciembre del POA Medio Termino 2018 un total de 5 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El avance de la ejecución programática de las actividades se muestra a continuación:

División de Seguridad Hospitalaria	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
División de Seguridad Hospitalaria	100%	100%	100%	S/D
% Cumplimiento DSH	100%	100%	100%	#¡DIV/0!

En cuanto a las actividades no programadas que se ejecutaron durante el trimestre en curso, no se cuenta con reportes.

Recomendaciones

- Continuar con el apego a la ejecución de la programación.

5. Observaciones y recomendaciones generales

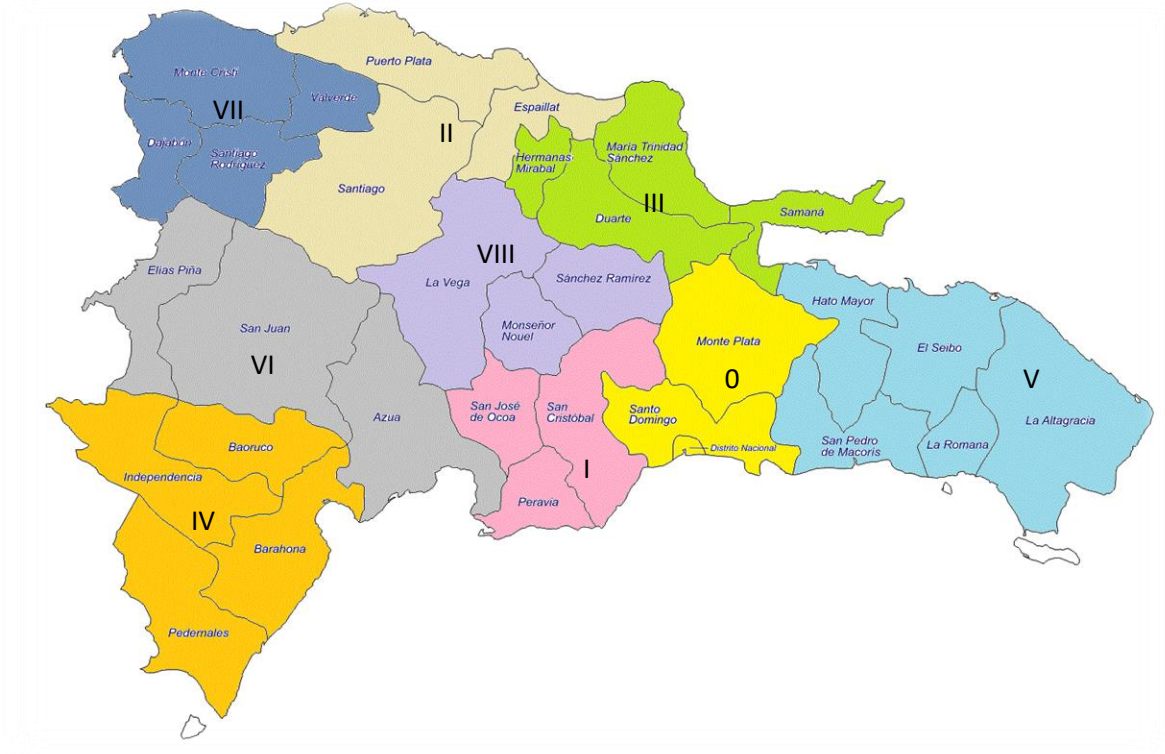
Algunas situaciones por destacar son las siguientes:

1. Se puede observar la presencia de medios de verificación desorganizados y no adecuados a los documentos estandarizados de la institución.
2. Algunos medios de verificación reportados en la ejecución del trimestre actual no coinciden con los establecidos en el POA.
3. Algunas dependencias realizaron cambios en la ejecución de algunas actividades, sin notificación previa a la DPyD.
4. Algunos departamentos refirieron desconocer la evaluación de los productos contemplados al año y por tal razón no presentaron su nivel de avance de los mismos.
5. Dependencias sin reporte de ejecución por cambios en los responsables de las áreas, lo que dificultó la culminación de la programación del área.
6. Remisión tardía del RTP y en algunos casos incompletos.

Recomendaciones:

1. Los medios de verificación deben presentarse de forma organizada y acorde con lo establecido en el POA de cada dependencia.
2. El RTP debe ser remitido con todas las informaciones solicitadas en el mismo y de manera oportuna.
3. Los encargados de las diferentes dependencias deben visualizar los productos contemplados en el POA para que puedan medir el nivel de avance que van alcanzando de manera semestral o anual.
4. Los medios de verificación deben estar acorde a los documentos institucionales establecidos dígame Listados de asistencia, minuta, informe etc.
5. Es necesario el seguimiento de manera oportuna a las actividades programadas en el POA, para que puedan realizar finalizado el trimestre un adecuado reporte.

6. Servicios Regionales de Salud



Los Servicios Regionales de Salud son la expresión territorial desconcentrada del Servicio Nacional de Salud (SNS), los cuales formularon su planificación operativa a partir de los resultados esperados del Plan Estratégico Institucional SNS 2016-2020, definiendo productos y actividades que permitan lograr el resultado e impacto esperado.

Para el monitoreo de los SRS y sus Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) se realizó un muestreo aleatorio simple de las Gerencias de Área y Hospitales pertenecientes a las mismas.

A continuación los avances del POA por Servicio Regional de Salud.

Servicio Regional de Salud Metropolitano

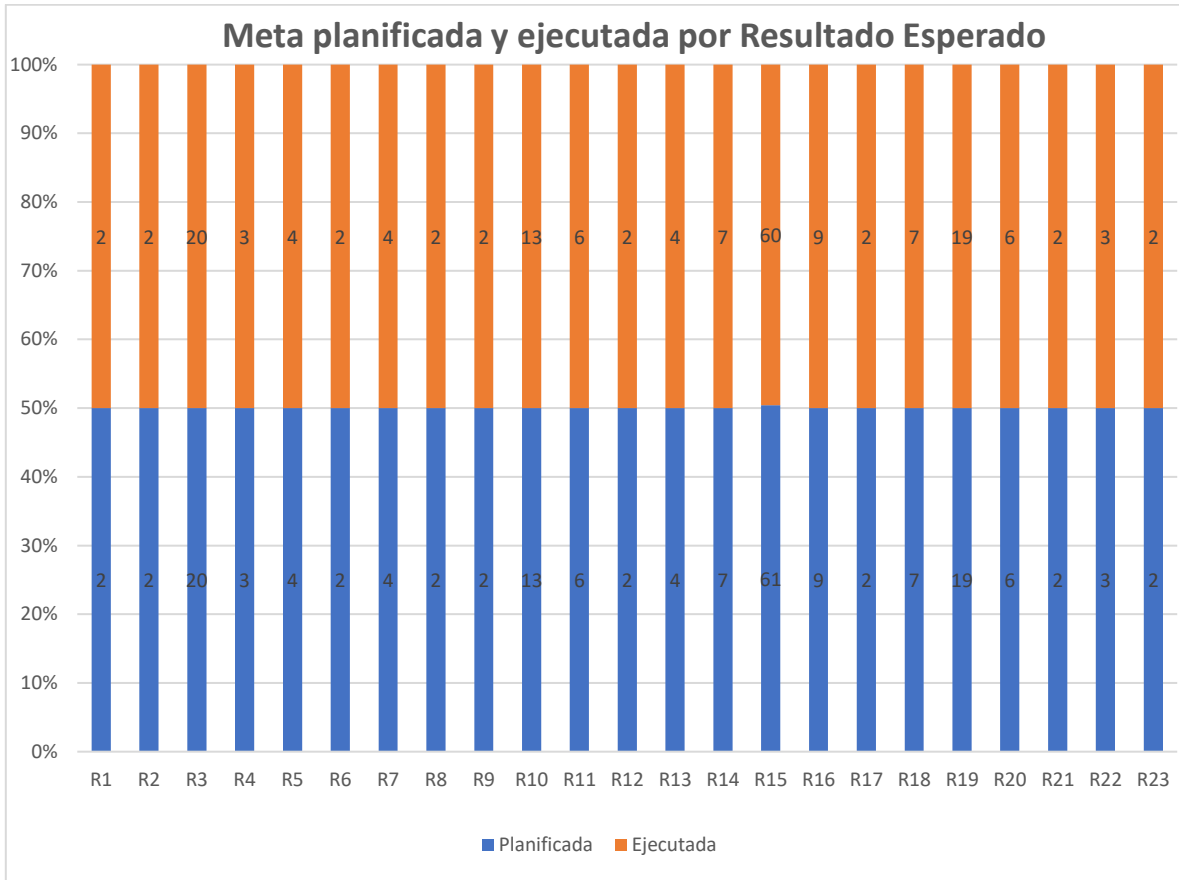
Este SRS programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de 204 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Director Regional	✓	
Gerencia Asistencial	✓	
Gerencia Estratégica	✓	
Sistema de Información	✓	
Tecnología	✓	
Atención al Usuario	✓	
Comunicación	✓	
Oficina de Acceso a la Información	✓	
Gerencia Administrativa	✓	
Gerencia Financiera	✓	
URGM	✓	
Monitoreo y Evaluación	✓	
Cartografía	✓	
Mantenimiento	✓	
Epidemiología	✓	
Recursos Humanos	✓	
Jurídica	✓	
Calidad	✓	
Comité de Emergencia	✓	
Odontología	✓	
Materno Infantil	✓	
Comunicación	✓	

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia, se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Metropolitano	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia Financiera	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Administrativa	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Asistencial	100%	98%	95%	S/D
Comunicaciones	100%	100%	100%	S/D
Coordinación Técnica	100%	100%	100%	S/D
Servicios especializado	100%	100%	100%	S/D
Dirección	100%	100%	100%	S/D
Calidad	100%	100%	100%	S/D
Epidemiología	100%	100%	100%	S/D
Medicamentos	100%	100%	100%	S/D
Monitoreo	100%	100%	100%	S/D
OAI	100%	100%	100%	S/D
Odontología	100%	100%	100%	85%
Recursos Humanos	100%	100%	100%	S/D
Sistema Información	83%	83%	83%	S/D
Tecnología	100%	100%	100%	S/D
Atención a Usuarios	100%	100%	100%	S/D
Materno Infantil	100%	100%	100%	S/D

El avance individual del SRS en cuanto al cumplimiento de sus actividades es de un **99%**.



Dependencias del SRSM

SRS Metropolitano	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS-DSO	100%	100%	100%	S/D
GAS-Monte Plata	86%	91%	89%	S/D
Hospital Ángel Contreras	88%	89%	89%	S/D
Hospital Municipal Engombe	80%	85%	80%	S/D
Hospital Dr. Pedro Heredia	36%	49%	49%	S/D
Hospital de Yamasa	79%	68%	68%	S/D
Hospital Rodolfo de la Cruz Lora	64%	75%	75%	S/D
Hospital Gral. Dr. Vinicio Calventi	58%	62%	62%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los productos terminales e intermedios, es de un **77%**.

Hallazgos y Recomendaciones

1. Gerencia Estratégica

- En esta gerencia fueron reprogramadas algunas actividades, debido a que dependen para su ejecución directamente del SNS. Con relación a las dependencias que la componen presentan una adecuada ejecución de sus actividades programadas.

2. Gerencia Asistencial

- Presentan una adecuada ejecución de las acciones programáticas de todas las dependencias que la componen.

3. Gerencia de Área Santo Domingo Oeste

- Presentan un adecuado reporte y ejecución de las actividades programadas en el trimestre.

4. Gerencia de Área Monte Plata

- Se observó que algunas de las evidencias presentadas fueron remitidas desde el SRSM.
- Algunas actividades no fueron validadas por carecer de los medios de verificación contemplados para este fin.

5. Hospital Municipal Engombe

- Algunas de las evidencias fueron remitidas desde la Gerencia de Área.
- Actualmente el establecimiento está en remozamiento por lo que algunas actividades relacionadas a diferentes áreas fueron reprogramadas con su debida justificación.
- Algunos de los medios de verificación carecían de las firmas de los responsables y fechas de ejecución.
- Con relación a los productos que plasmaron para la medición al año, los mismos no pudieron ser valorados por carecer de las informaciones correspondientes para su verificación, refirieron que desconocían que estos eran evaluados al fin de año.

6. Hospital Dr. Rodolfo de la Cruz Lora

- Algunas de las actividades no fueron valoradas por carecer de los medios de verificación.

- Actividades cuyos medios de verificación no están acorde a los documentos estandarizados por el SNS y carentes de las firmas y fechas de realización.

7. Hospital Provincial Ángel Contreras

- Una de las actividades no fue valorada por carecer de los medios de verificación.
- Con relación a los productos contemplados por este establecimiento, cabe destacar que los propuestos no guardan relación con lo contemplado en POA medio Término, solo fue valorado uno que si aplicaba al POA.

8. Hospital Municipal de Yamasa

- Presentan varias actividades con los medios de verificación incorrectos y los cuales no aplicaban para valorar las actividades pautadas en el trimestre.

9. Hospital Gral. Dr. Vinicio Calventi

- Varias de las actividades programadas no les aplican por el nivel de complejidad de este establecimiento de salud, por lo cual se les reprogramaron 16 acciones.
- Algunos de los medios de verificación de las actividades ejecutadas no aplicaban para su valoración.
- Los productos al cierre de año no pudieron ser valorados, refirieron desconocer el proceso.

10. Hospital Municipal Dr. Pedro Heredia Rojas

- En este establecimiento los medios de verificación de varias actividades no aplicaban para valorarlas, reflejándose esto en el nivel de ejecución de la programación propuesta para el trimestre.

Recomendaciones generales

1. Monitorear las actividades programadas de los establecimientos de salud y darle seguimiento a la aplicación de los planes de mejora.
2. Los establecimientos deben reportar sus medios de verificación acorde a lo plasmado en el POA.
3. Es necesario mantener el apego al POA de la institución.
4. El SRS debe proveer los documentos estandarizados desde el nivel central para el reporte de algunas de las actividades en las cuales aplican estos instrumentos como medios de verificación (Listados de asistencia, minuta, informe etc.).
5. El SRS debe orientar a sus establecimientos sobre como medir la ejecución de los productos programados al año, para que puedan presentar el verdadero impacto en los resultados esperados, alcanzado a través de las acciones programáticas plasmadas en su POA.

Servicio Regional de Salud Valdesia

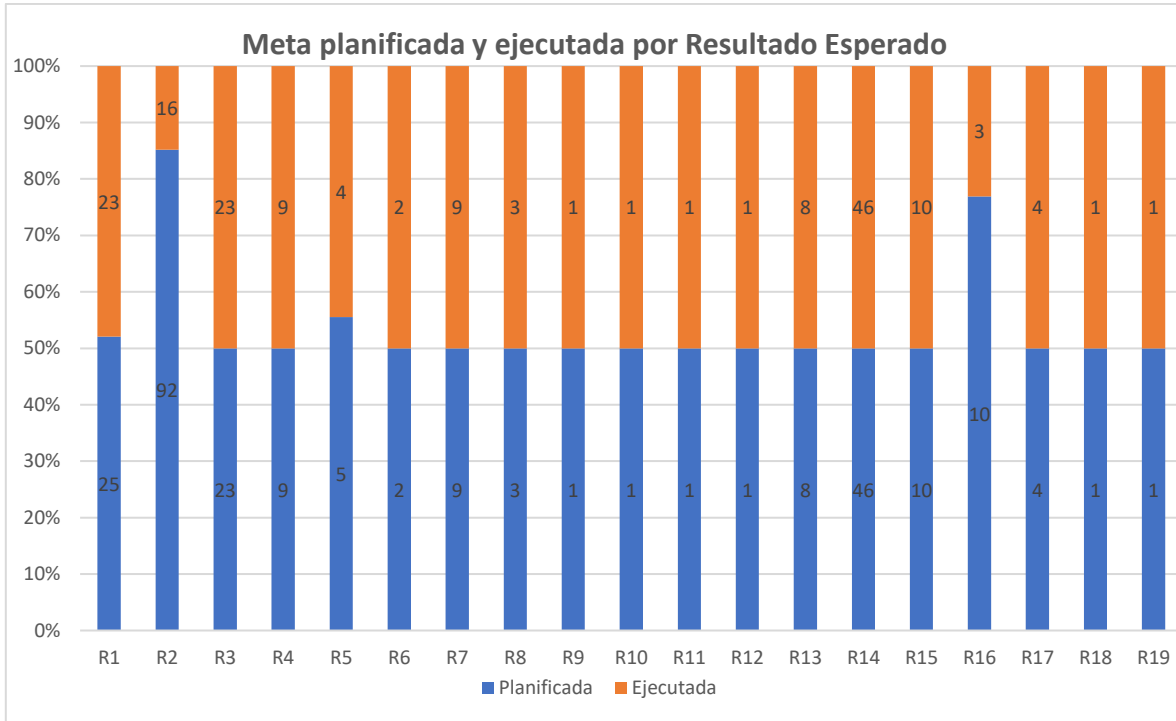
Este SRS programó en el trimestre octubre-Diciembre del POA 2018 un total de 252 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Directora Regional	✓	
Gerencia Estratégica	✓	
Gerencia Asistencial	✓	
Gerencia Administrativa	✓	
Gerencia Financiera	✓	
Monitoreo y Evaluación	✓	
Sistema de Información	✓	
Atención al Usuario	✓	
Odontología		✓
URGM	✓	
Ingeniería	✓	
Gestión Humana		No Reportó
Enfermería		✓

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia, se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Valdesia	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Directora Regional	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Financiera	80%	75%	75%	S/D
Gerencia Administrativa	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Estratégica	92%	96%	92%	S/D
Gerencia Asistencial	100%	100%	100%	S/D
Medicamentos	4%	75%	75%	S/D
Monitoreo y Evaluación	100%	100%	100%	N/A
Odontología	83%	83%	83%	S/D
Recursos Humanos	100%	96%	111%	S/D
Ingeniería	30%	25%	25%	S/D
Sistema de Información	100%	100%	100%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **88%**.



Dependencias del SRS I

SRS Valdesia	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS Peravia	97%	92%	92%	S/D
Hospital Ntra. Sra. De Reglas	99%	92%	92%	S/D
Hospital Municipal de Haina	88%	83%	83%	S/D
Hospital Municipal Villa Fundación	98%	100%	100%	S/D
Hospital Regional Dr. Juan P. Pina	100%	100%	100%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios, es de un **95%**.

Hallazgos y Recomendaciones

1. *Departamento de Ingeniería*

- En este departamento al momento del monitoreo se presentaron medios de verificación que no aplicaban con las actividades propuestas en el POA

2. Gerencia Estratégica

- Esta gerencia y los departamentos que lo conforman presentan una adecuada ejecución de sus acciones programáticas.

3. Unidad Regional de Medicamentos.

- En este departamento las acciones programadas en el POA, no fueron ejecutadas de acuerdo a lo contemplado, visualizando un no cumplimiento de las actividades del trimestre evaluado.
- El personal de este departamento no está empoderado de las actividades a las cuales deben dar respuesta en su POA.

4. Gerencia Financiera

- En este departamento no se presentaron todos los medios de verificación contemplados para valorar las actividades programadas.

5. Gerencia de Área Peravia

- Las evidencias de algunas de las actividades estaban en los CPN, correspondientes a esta gerencia de área.
- Varios de los reportes se validaron de manera digital, los cuales están organizados adecuadamente.
- No tenían disponible algunas informaciones para verificar los datos de medición de los productos contemplados en el POA.
- Las evidencias no están organizadas adecuadamente en una carpeta

6. Hospital Municipal de Haina

- El POA de medio término emitido por este establecimiento presentaba algunas actividades que diferían del remitido a la DPyD del SNS.
- Presentaron las evidencias de manera organizada.
- Algunos medio de verificación no estaban disponibles y algunas de las actividades no fueron ejecutadas en su totalidad.

7. Hospital Municipal Villa Fundación

- En este establecimiento se pudo apreciar una adecuada organización de las evidencias correspondientes a las actividades programadas en el trimestre.

8. Hospital Provincial Nstra Sra. De Reglas

- Presentan una adecuada organización de las evidencias y un apego a las acciones programadas en el trimestre en evaluación.

Recomendaciones Generales

- Garantizar la organización de las evidencias en carpetas y que las mismas estén disponibles al momento del monitoreo.
- El SRS debe continuar con el seguimiento de la ejecución de las actividades programadas a lo interno de su dependencia, en las GAS y CEAS, para que puedan obtener los resultados esperados de acuerdo a lo programado.
- Deben remitir de manera oportuna el informe del trimestre conjuntamente con el MEP y RTP tanto del servicio, así como de sus dependencias interna y externas.
- Registrar las razones de desviación en aquellas actividades que presentan una alta o baja ejecución programática.
- Socializar con sus dependencias en sentido general, los procesos establecidos para la medición de los productos establecidos en el POA a fin de año.
- Deben empoderar a todos los encargados departamentales de este servicio regional, al seguimiento oportuno de las actividades contempladas en el POA.

Servicio Regional de Salud Norcentral

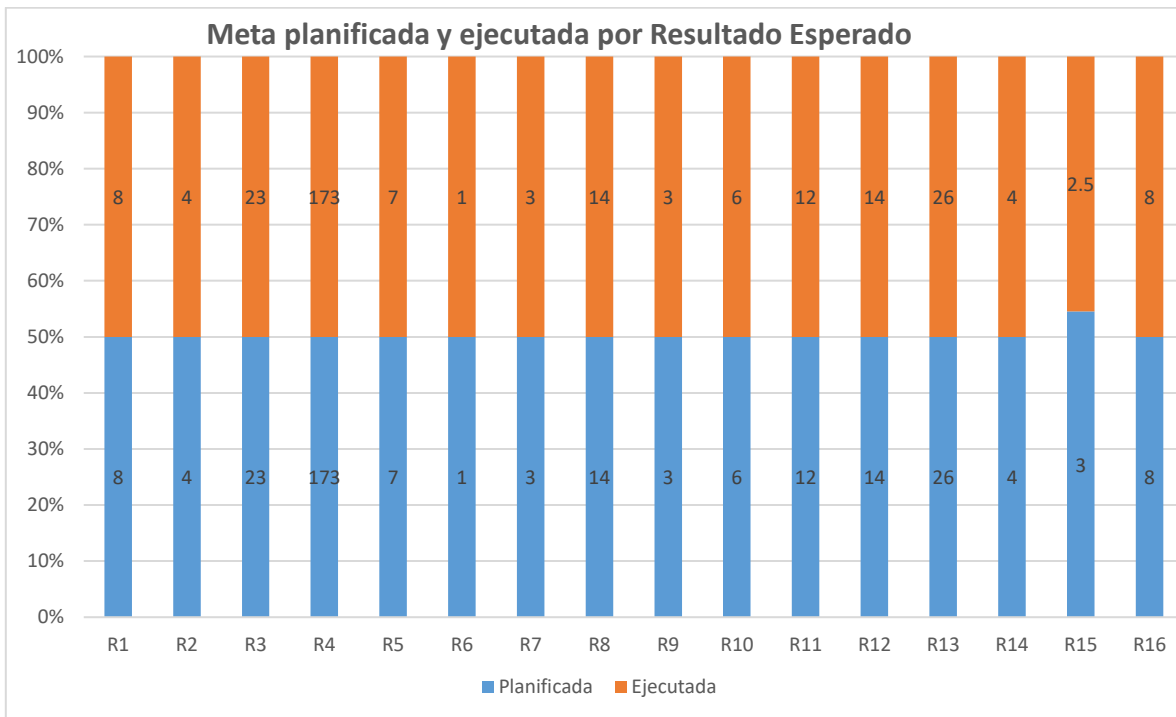
Este SRS programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de 731 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Recursos Humanos	✓	
Gerencia Administrativa	✓	
Gerencia Financiera	✓	
Gerencia Asistencial	✓	
Gerencia Estratégica	✓	
Atención al Usuario	✓	
Sistema de Información	✓	
URGM	✓	
Odontología	✓	
M&E	✓	
Apoyo Diagnóstico	✓	
Director Regional	✓	
Odontología	✓	

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia, se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Norcentral	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerente Regional	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Financiera	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Administrativa	100%	100%	99%	S/D
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Asistencial	100%	100%	100%	S/D
Medicamentos	100%	100%	100%	S/D
Monitoreo	100%	100%	100%	S/D
Odontología	100%	100%	100%	S/D
Recursos Humanos	85%	87%	87%	S/D
Servicios Diagnostico	100%	100%	100%	S/D
Sistema Información	100%	100%	100%	S/D
Atención Usuarios	100%	100%	86%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **99%**.



Dependencias SRS II

SRS Norcentral	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS Espaillat	94%	98%	98%	S/D
Hospital Cabral y Báez	99%	98%	98%	S/D
Hospital Toribio Bencosme	94%	86%	84%	S/D
Hospital Cayetano Germosén	100%	100%	100%	S/D
Hospital José Contreras	100%	100%	100%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los productos terminales e intermedios, es de un **98%**.

Hallazgos y Recomendaciones

1. *Servicio Regional de Salud Norcentral*
 - Se reprogramaron dos actividades que fueron insertadas en el POA 2019.
 - Se observa un incremento en la organización de las evidencias, así como en el seguimiento tanto a lo interno como a lo externo del servicio regional, presentan una excelente ejecución de las actividades programada a nivel de las gerencias y de los CEAS.
2. *Hospital Regional José Cabral y Báez*
 - El proceso de referencia y contrareferencia es incompleto. Solo se cuenta con sustentos de las referencias recibidas, no así, del retorno.
3. *Hospital Provincial Toribio Bencosme*
 - Algunas evidencias no se encontraban organizadas; otras no estuvieron disponibles para presentar.

Recomendaciones Generales

1. Mantener el seguimiento a las diferentes dependencias del SRS, para poder de esta manera mantener el nivel de avance obtenido y poder aplicar las mejoras de lugar.
2. El SRS y sus GAS deben apoyar a los CEAS en el proceso de organización de los medios de verificación, así como en la autoevaluación del trimestre.

Servicio Regional de Salud Nordeste

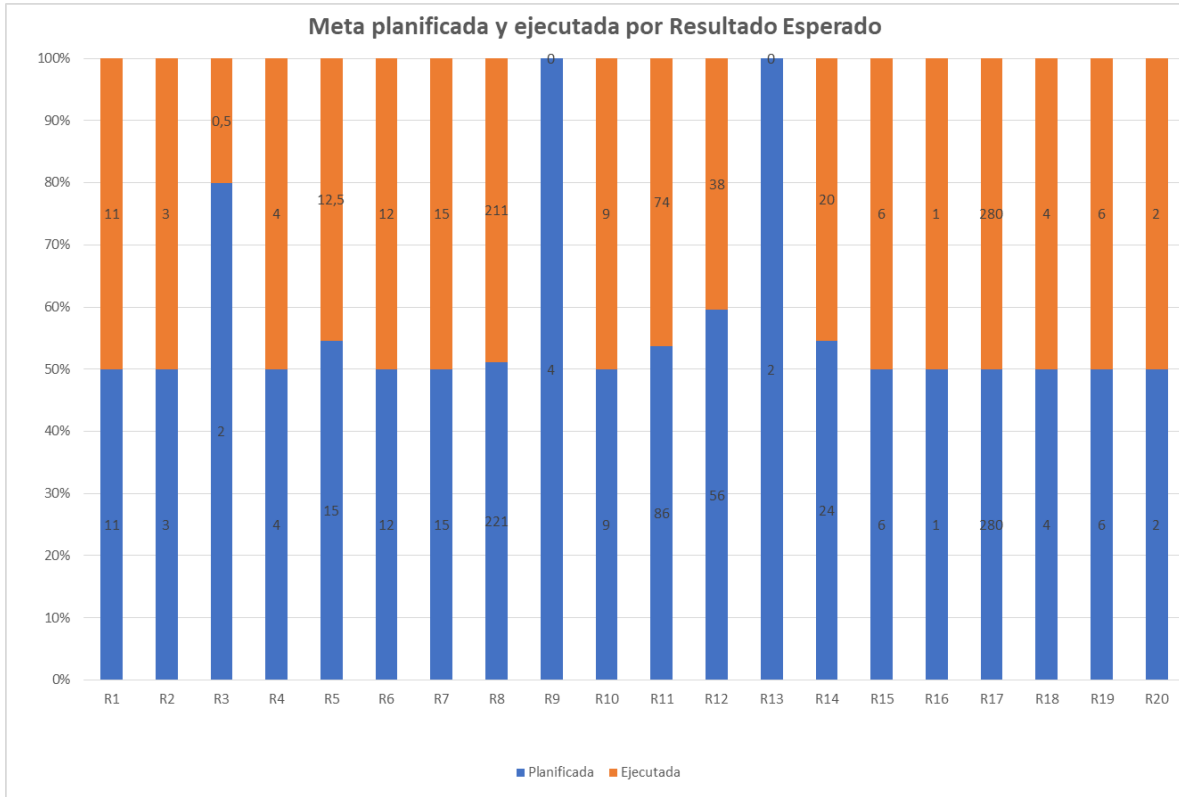
Este SRS programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de 786 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Recursos Humanos	✓	
Gerencia Administrativa		No Reportó
Gerencia Financiera	✓	
Gerencia Asistencial	✓	
Gerencia Estratégica	✓	
Comunicaciones		No Reportó
Sistema de Información	✓	
VIH	✓	
URGM		No Reportó
Unidad de TB	✓	
Odontología	✓	
TIC	✓	
M&E	✓	
Servicios Diagnósticos	✓	

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia, se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Nordeste	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Director Regional	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Financiera	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Administrativa	77%	90%	90%	S/D
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Asistencial	89%	89%	89%	S/D
Recursos Humanos	67%	33%	33%	S/D
Monitoreo	91%	90%	90%	S/D
Comunicaciones	0%	0%	0%	S/D
Laboratorio	100%	100%	100%	S/D
Medicamentos	98%	99%	99%	S/D
Odontología	100%	100%	100%	S/D
Sistema Información	93%	97%	97%	S/D
Tecnología	100%	100%	100%	S/D
Unidad de TB	100%	100%	100%	S/D
VIH	100%	100%	100%	S/D
Atención a Usuarios	0%	0%	0%	S/D
Calidad	63%	75%	75%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **81%**.



Dependencias SRS III

SRS Nordeste	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS-Samaná	48%	95%	95%	S/D
Hospital Mun. Natividad Alcalá	77%	52%	50%	S/D
Hospital Mun. Alberto Gautreaux	72%	53%	53%	S/D
Hospital Prov. Leopoldo Pou	31%	59%	55%	S/D
Hospital. Reg. San Vicente de Paul	74%	62%	62%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios, es de un **64%**.

Hallazgos y Recomendaciones

1. Gerencia Asistencial

- En esta gerencia no fueron ejecutadas algunas de las actividades programadas, refiriendo que desde el SNS, no se habían pautado los lineamientos para estas, sin embargo. Se pudo aclarar que los procesos vinculados a estas actividades se están desarrollando a través de la medición de los indicadores asociados al seguimiento de los usuarios con patologías crónicas, en la plataforma de SeNaSa y el SNS.

2. Gestión Humana

- En este departamento carecían de algunos de los medios de verificación para validar las acciones programadas.

3. Comunicación Estratégica y Atención al Usuario

- En estos departamentos se observan actividades programadas sin ejecución.

4. Departamento de Calidad

- Modificaron una de las actividades programadas para su ejecución, pero los medios de verificación estaban incompletos.

5. Gerencia de Área Samaná

- Algunas de las actividades programadas no fueron ejecutadas en su totalidad de acuerdo a lo contemplado en su POA.
- Programaron actividades que para su ejecución, dependían de otras instituciones y no tenían sustentos de reprogramación.
- No realizaron varias actividades entendiendo que no les correspondían, sin embargo, si les aplican.
- Algunos medios de verificación estaban trasapelados.

6. Hospital Leopoldo Pou

- Las evidencias no están organizadas de acuerdo a lo programado en el trimestre, (orden de actividades, tipo de evidencias).
- En muchos casos el denominador para el cálculo de las metas no se corresponden con la medición de la actividad, ni con los medios de verificación.
- Medios de verificación con falta de fecha y nombre de la actividad.
- Reportaron confusión al momento de realizar el reporte de las actividades.
- Desconocimiento de evaluación de los productos del POA al final del año.

7. Hospital Alberto Gautreaux

- Las evidencias de las actividades no se encontraban organizadas.

- Algunos de los expedientes presentados como medio de verificación estaban incompletos.
- Falta de empoderamiento por parte de todo el personal para la ejecución de las actividades propuestas en el POA.
- Desconocimiento de la evaluación de los productos contemplados al año, para el alcance de los resultados esperados.

8. *Hospital Docente Univ. San Vicente de Paul*

- Las actividades registradas en este centro en su mayoría están valoradas en porcentajes, y en gran parte no se relacionan con lo que se espera alcanzar.
- Medios de verificación incompletos.
- Los documentos estándares institucionales no fueron utilizados en los medios de verificación que requerían estos instrumentos.
- Actividades reprogramadas sin los sustentos adecuados para su validación.
- No presentaron evidencias de los productos evaluados al cierre de año, refirieron desconocer el proceso.

Recomendaciones Generales

- El SRS debe dar seguimiento a aquellos departamentos que no reportaron tanto en el tercer trimestre, como en el cuarto, las actividades contempladas en el POA, como es el caso de comunicación estratégica.
- Deben presentar los sustentos de reprogramación de aquellas actividades que no serán ejecutadas en el trimestre.
- Se requiere aumentar el seguimiento desde el SRS a sus dependencias en toda la microred, en vista de que durante las visitas del monitoreo del trimestre se observaron varias debilidades que afectaron de manera directa el cumplimiento de las acciones programáticas del POA en todos sus establecimientos visitados.
- En el SRS se pudo constatar que algunas dependencias, no aplican las recomendaciones dadas durante el monitoreo del POA en los trimestres anteriores, lo que ha perjudicado la ejecución de forma recurrente.
- Es necesario que valoren los productos establecidos en su POA y las fechas de medición acordadas según el Plan de M&E.
- Tienen que disponer de los medios de verificación de los productos programados de acuerdo a los indicadores asociados.

Servicio Regional de Salud Enriquillo

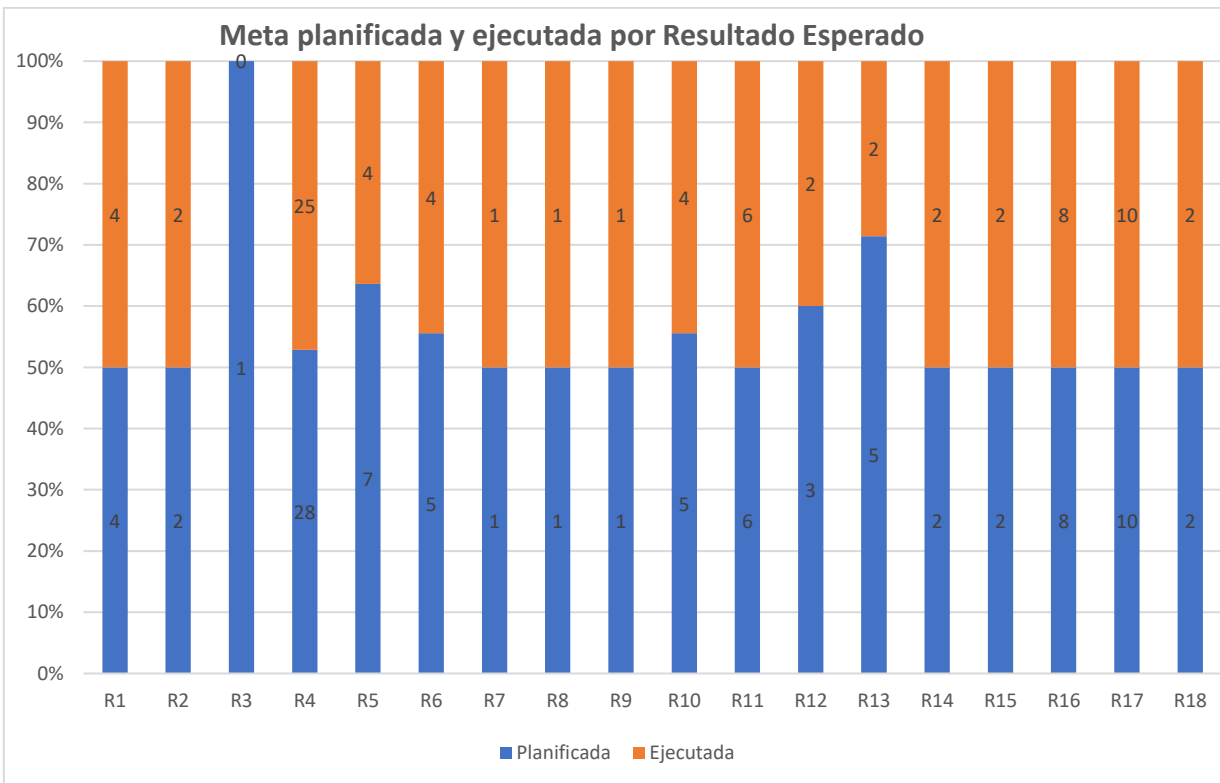
Este SRS programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de 101 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Director Regional	✓	
Recursos Humanos	✓	
Gerencia Administrativa		No Reportó
Gerencia Financiera	✓	
Gerencia Asistencial	✓	
Gerencia Estratégica	✓	
Sistema de Información	✓	
URGM	✓	
Odontología	✓	
M&E	✓	
Apoyo Diagnóstico	✓	

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia, se muestra a continuación

Servicio Regional de Salud Enriquillo	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Director Regional	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Financiera	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Administrativa	0%	0%	0%	S/D
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Asistencial	88%	89%	89%	S/D
Recursos Humanos	100%	100%	100%	S/D
Monitoreo	50%	75%	75%	S/D
Servicios Diagnostico	100%	100%	100%	S/D
Medicamentos	100%	100%	100%	S/D
Odontología	89%	80%	80%	S/D
Sistema Información	100%	100%	100%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **84%**.



Dependencias SRS IV

	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS Barahona	89%	54%	54%	S/D
Hospital Mun. Cabral	33%	67%	67%	S/D
Hospital Mun. Enriquillo	76%	94%	89%	S/D
Hospital Jaime Mota	70%	75%	75%	S/D
Hospital Mun. De Polo	94%	88%	83%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios, es de un **74%**.

Hallazgos y Recomendaciones*1. Gerencia Asistencial*

- En esta gerencia no fueron ejecutadas el total de actividades programadas para el trimestre, impactando esto en el nivel de avance del trimestre.

2. Gerencia Administrativa

- Las actividades programadas por esta gerencia no fueron reportada, afectando esto el nivel de avance del trimestre

3. Gerencia de Área Barahona

- En esta gerencia presentaron una serie de actividades en las cuales desconocían al momento del monitoreo la línea de base de los misma para poder valorar el alcance de la actividad.
- Presentaron medios de verificación incompletos.
- Actividades realizadas fuera o por encima de las fechas pautadas en su POA.

4. Hospital Municipal Enriquillo

- En este establecimiento se encontraban adecuadamente organizados los medios de verificación de las actividades programadas en el trimestre
- Algunas de las actividades programadas no fueron ejecutadas en su totalidad.
- No utilizan los documentos estandarizados por la institución, para la realización de actividades.

5. Hospital Jaime Mota

- Las evidencias necesitan ser organizadas acorde a lo registrado en el POA.
- Carecían de varios medios de verificación para validar algunas actividades.
- No presentaron evidencias de los productos plasmados en el POA para su valoración y nivel de ejecución, refieren desconocían este proceso.

6. Hospital Municipal de Polo

- Una de las actividades no fue validada en este establecimiento por carecer de los medios de verificación correspondientes.
- Se recomienda organizar las evidencias en una carpeta de acuerdo al orden de las actividades en el POA.

7. Hospital Municipal De Cabral

- Presentan debilidad en el seguimiento de las actividades programadas en su plan de acción
- Algunas actividades carecían de los medios de verificación establecidos en el POA.
- Desconocían que los productos establecidos en el POA son evaluados al año.

Recomendaciones Generales

- El SRS debe dar el seguimiento a todas las dependencias de su Red y establecer planes de mejora que garanticen el avance de la ejecución de las acciones programáticas pautadas en el POA.
- Deben garantizar que todas sus dependencias realicen el reporte oportuno de las actividades programadas trimestralmente.
- Asegurarse que los medios de verificación de las actividades esten acorde a lo establecido en el POA.
- Socializar el plan de monitoreo y evaluación con las distintas dependencias, para que puedan visualizar los tiempos en los cuales son medidos los productos contemplados en el POA para el alcance de los resultados esperados.

Servicio Regional de Salud Este

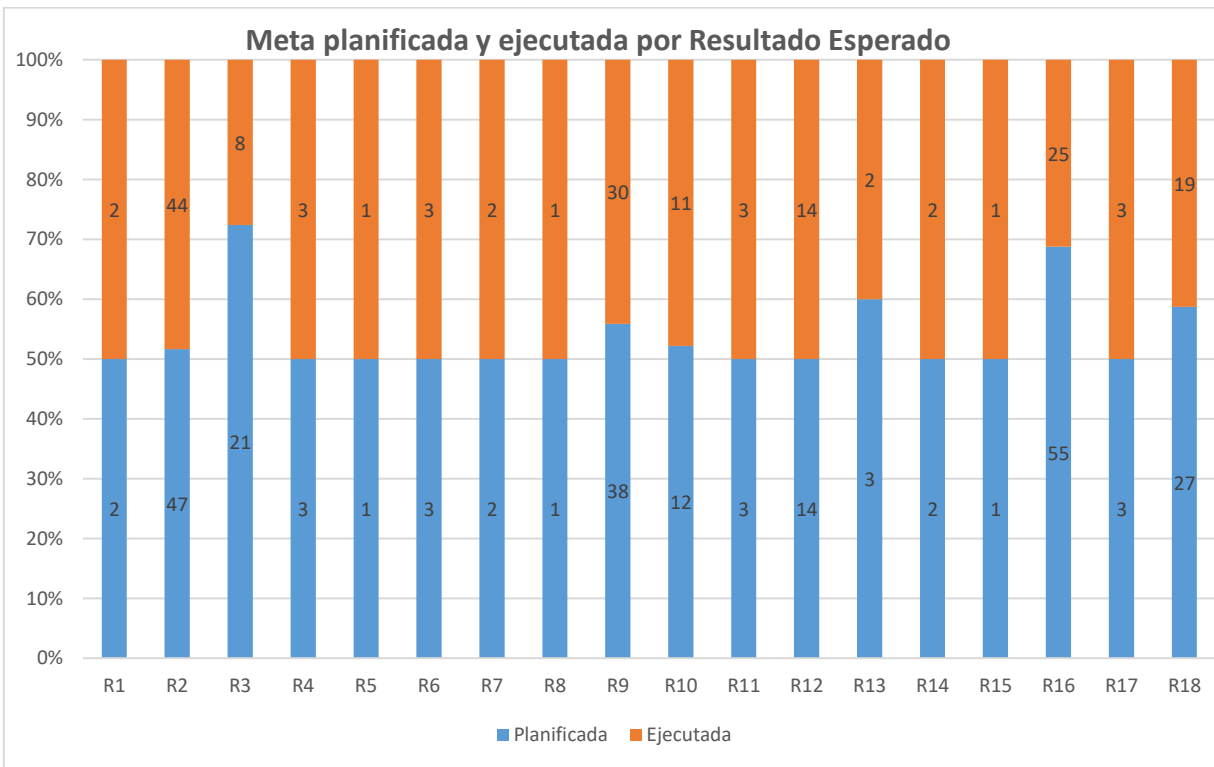
Este SRS programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de 249 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Gerencia Administrativa		✓
Gerencia Financiera		✓
Gerencia Asistencial		✓
Atención al Usuario		✓
Gerencia Estratégica		✓
Sistema de Información		✓
Apoyo Diagnostico		✓
URGM		✓
M&E		✓

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia, se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Este	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerente Regional	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Financiera	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Administrativa	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Asistencial	71%	81%	81%	S/D
Medicamentos	100%	100%	100%	S/D
Monitoreo	80%	85%	85%	S/D
Recursos Humanos	100%	100%	100%	S/D
Atención Usuarios	35%	44%	44%	S/D
Control y Fiscalización	92%	95%	95%	S/D
Servicios Diagnóstico	48%	72%	65%	S/D
Mantenimiento	67%	67%	67%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **90%**.



Dependencias SRS V

SRS Este	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS Hato Mayor	60%	90%	90%	S/D
Hospital Antonio Musa	72%	67%	77%	S/D
Hospital Leopoldo Martínez	17%	54%	54%	S/D
Hospital Elupina Cordero	61%	48%	48%	S/D
Hospital El Valle	80%	77%	77%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios, es de un **63%**.

Hallazgos y Recomendaciones

1. Servicio Regional de Salud Este

- En este servicio se programaron un total de 249 acciones de las cuales fueron reprogramada 14, las actividades vinculadas a estas acciones se agregaron al POA 2019 de este servicio.
- En el monitoreo a los reportes de los departamentos de servicios diagnósticos, gestión de usuario y mantenimiento, se pudo observar que presentaron debilidades al momento de presentar las evidencias de las actividades programadas en el trimestre evaluado, los medios de verificación carecían de los soportes necesarios para validar las actividades y en ocasiones no se presentaron los sustentos de lugar para reprogramar las actividades que no pudieron ser ejecutadas.

2. Gerencia de Área de Hato Mayor.

- En esta gerencia de área se pudo evidenciar que el total de acciones programadas no fueron ejecutadas de acuerdo a lo contemplado en el POA para el trimestre.

3. Hospital Regional Dr. Antonio Musa

- Desorganización de las evidencias.
- Falta de coordinación en la ejecución de las acciones.
- Presentación de evidencias correspondientes a actividades de otro trimestre, informando que por haberse realizado en algún momento eran válidas para el periodo.

4. *Hospital Leopoldo Martínez*

- Este centro no presenta un adecuado nivel de cumplimiento en la actividades programadas, al momento del monitoreo nos informaron que el actual director había presentado su renuncia.
- Se evidencia un bajo cumplimiento de la programación del año.
- Desorganización de los medios de verificación.

5. *Hospital Elupina Cordero*

- Actualmente este centro no cuenta con un personal directivo y quien coordina las acciones de ejecución del POA es el personal de apoyo administrativo.
- Debilidades en cuanto a la ejecución y presentación de las evidencias de las actividades programadas para el período.

6. *Hospital El Valle*

- Este centro presenta un adecuado cumplimiento individual en las acciones programadas.

Recomendaciones Generales

1. El SRS debe instruir a sus centros en el uso de los documentos estandarizados como medio de verificación, según corresponda a cada actividad (listado participantes, minutas, informes, etc.)
2. Apoyar a los CEAS y GAS en la ejecución de sus actividades, mediante propuestas de mejora y seguimiento rutinario.
3. Fortalecer la organización de las evidencias de las acciones ejecutadas y según lo establecido en el POA.

Servicio Regional de Salud El Valle

Este SRS programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de 240 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

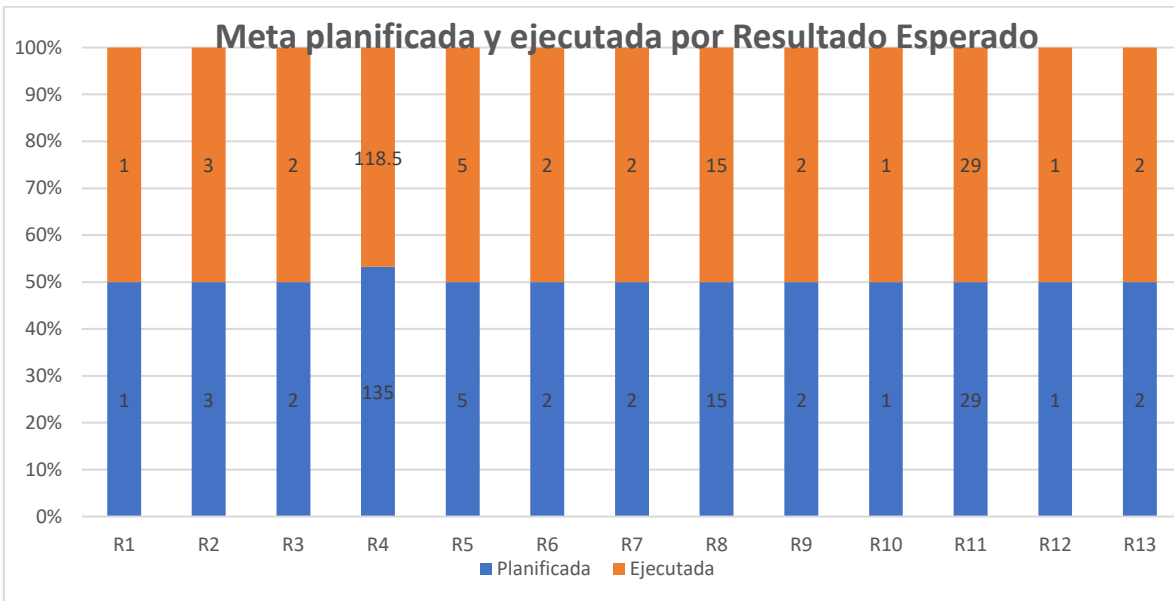
Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Recursos Humanos		
Gerencia Administrativa		
Gerencia Financiera		
Gerencia Asistencial		
Gerencia Estratégica		
Atención al Usuario		
Sistema de Información		
Emergencia y Desastres		
URGM		
Materno Infantil		
Odontología		
TIC		
M&E		
Servicios Diagnósticos		

Nota: Se desconoce el nivel de oportunidad de reporte de las dependencias de este SRS

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia, se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud El Valle	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia Financiera	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Administrativa	90%	90%	90%	S/D
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Asistencial	82%	83%	80%	S/D
Medicamentos	100%	100%	100%	S/D
M&E	100%	100%	100%	S/D
Recursos Humanos	100%	100%	100%	S/D
Sistema Información	89%	96%	96%	S/D
Tecnología	100%	100%	100%	S/D
Servicios Diagnósticos	100%	100%	100%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **99%**.



Dependencias SRS VI

SRS El Valle	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
GAS San Juan	95%	76%	76%	S/D
Hospital Mun. Vallejuelo	53%	75%	75%	S/D
Hospital Mun. Juan de Herrera	74%	86%	85%	S/D
Hospital Regional Alejandro Cabral	47%	70%	70%	S/D
% SRS-El Valle				

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios, es de un **74%**.

Hallazgos y Recomendaciones*1. Gerencia Asistencial*

- Actividades no ejecutadas en su totalidad por depender su ejecución total de procesos vinculados a los CEAS.

2. Departamento de Sistema de Información

- Algunas actividades no fueron ejecutadas en su totalidad de acuerdo a lo programado.

3. Departamento de Gestión de Usuario

- Medios de verificación y actividades incompletos.

4. Departamento de Emergencia y Desastre.

- Este departamento no tenía actividades programadas para el cuarto trimestre

5. Departamento Odontología

- Este departamento no tenía actividades programadas para el cuarto trimestre

6. Gerencia de Área I, San Juan

- Actividades realizadas con fechas anteriores a las programadas
- Presentan actividades las cuales no pudieron ser evaluadas por carecer de los medios de verificación.
- Medios de verificación carentes de nombres, códigos de las actividades y fechas.

- Actividades incompletas y cuyos medios de verificación descansan en las UNAP.

7. Hospital Alejandro Cabral

- Ausencia de medios de verificación que sustenten las actividades realizadas en su totalidad.
- Actividades no ejecutadas, por tener áreas en remozamiento.
- Desconocimiento de la evaluación de los productos pautados en el POA, para su medición al año.
- Personal directivo de nuevo ingreso, los cuales se involucraron en el proceso de ejecución de las programación del POA.

8. Hospital Vallejuelo

- Ausencia de medios de verificación que sustenten las actividades realizadas.
- Poco personal para el apoyo de la ejecución de las actividades.
- Medios de verificación incompletos.
- Poco personal involucrado en la ejecución de las actividades del POA.

9. Hospital Juan de Herrera

- Autoridades directivas de nuevo ingreso, los cuales asumieron la ejecución de las actividades plasmadas en el POA.
- Medios de verificación incompletos.
- Actividades reprogramadas sin los sustentos de lugar.

Nota: Es importante destacar que en el tercer trimestre 2018, se le reportó al departamento de Monitoreo y Evaluación SRSVI un alcance individual de un 77%, debido a que les fueron calculadas una actividades que habían sido reprogramadas con sus debidos sustentos. El nivel de avance del tercer trimestre de este departamento es de un 100%.

Recomendaciones Generales.

1. Remitir de manera oportuna los informes y RTP correspondientes al trimestre.
2. Acompañar a sus dependencias para mejorar el seguimiento y ejecución de las acciones programadas en el POA.
3. Fortalecer toda la Red en el seguimiento de los planes de mejora y organización de las evidencias.
4. Dar seguimiento a los productos pautados en el POA para una mejor ejecución y alcance de los resultados esperados.

Servicio Regional de Salud Cibao Occidental

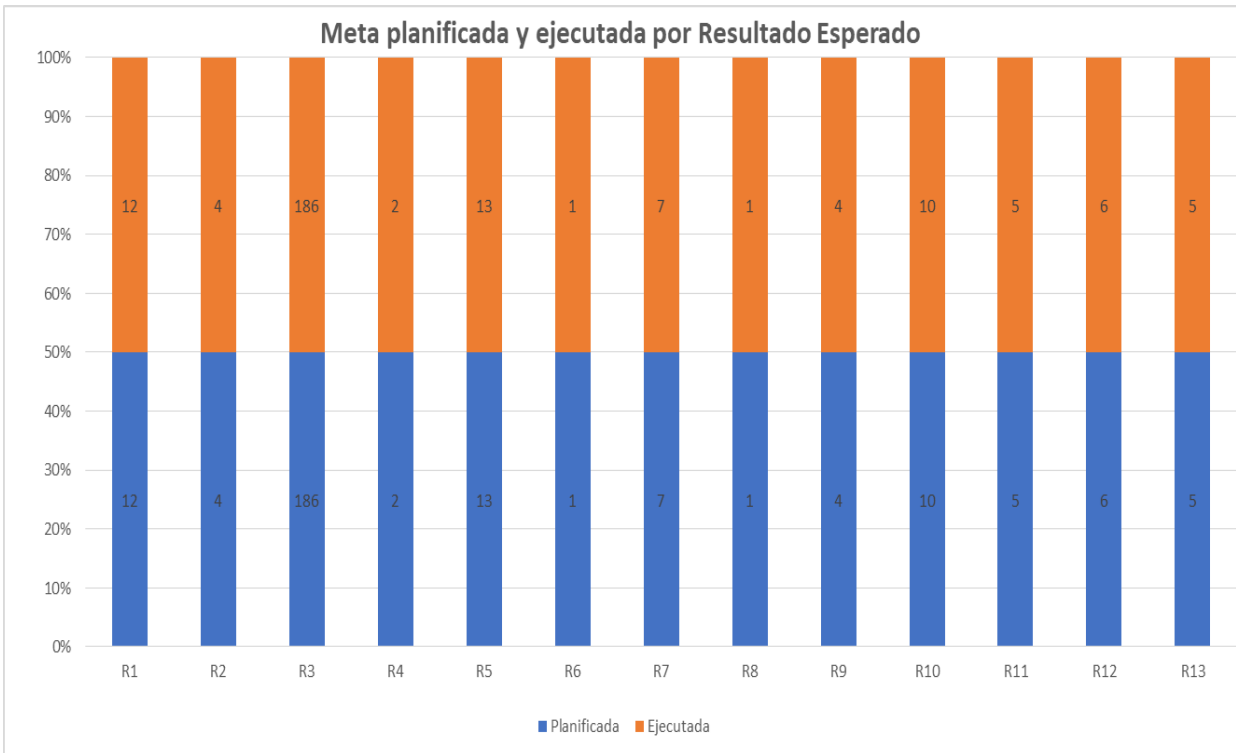
Este SRS programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de 257 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Gerente Regional	✓	
Recursos Humanos	✓	
Gerencia Administrativa	✓	
Gerencia Financiera	✓	
Gerencia Asistencial	✓	
Gerencia Estratégica	✓	
Atención al Usuario	✓	
Sistema de Información	✓	
Medicamentos	✓	
Odontología	✓	
M&E	✓	
Servicios Diagnostico	✓	

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia, se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Cibao Occidental	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia Regional	100%	100%	100%	N/A
Gerencia Administrativa	100%	100%	100%	N/A
Gerencia Financiera	100%	100%	84%	N/A
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	N/A
Gerencia Asistencial	100%	100%	100%	N/A
Recursos Humanos	100%	100%	100%	N/A
Sistema Información	100%	100%	100%	N/A
Monitoreo	100%	100%	100%	N/A
Atención a Usuarios	100%	100%	100%	N/A
Servicios Diagnostico	100%	100%	100%	N/A
Odontología	100%	100%	100%	N/A
Medicamentos	100%	100%	100%	N/A

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **100%**.



Dependencias SRS VII

SRS Cibao Occidental	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia de Área Dajabón	100%	100%	98%	S/D
Hospital Luis Bogaert	100%	100%	94%	S/D
Hospital Ramón M. Mella	53%	86%	80%	S/D
Hospital de Partido	54%	91%	91%	S/D
Hospital de Restauración	90%	100%	95%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los productos terminales e intermedios, es de un **83%**.

Hallazgos y Recomendaciones.**1. Servicio Regional de Salud Cibao Occidental**

- En este servicio regional se puede observar una adecuada ejecución programática de las acciones programadas.

2. Hospital Luis Bogaert

- Algunas actividades fueron reprogramadas debido a causas externas.

3. Hospital Ramón Mella

- Medios de verificación incompletos.
- Poco personal para la ejecución de las actividades programadas

4. Hospital de Partido

- Medios de verificación incompletos para su valoración.
- La Directora del centro se encontraba de licencia médica.

5. Hospital de Restauración

- Presentan una aceptable ejecución de las actividades programadas en el trimestre.

6. Gerencia de Área Dajabón

- Presentan una adecuada organización y ejecución de las actividades plasmada en el trimestre evaluado

Recomendaciones Generales

1. El SRS debe apoyar a los establecimientos en reparación para que puedan ejecutar la mayor cantidad de actividades programada y reportar la reprogramación de aquellas que por causas externas no apliquen.
2. Apoyar a los CEAS y GAS, a través del seguimiento y monitoreo de la ejecución de las actividades plasmadas en el POA.
3. La GAS de Dajabón deben mantener el buen desempeño para el cumplimiento de las actividades programadas.
4. Apego a las actividades plasmadas en el POA y verificar que las evidencias sean las que están identificadas en el mismo.

Servicio Regional de Salud Cibao Central

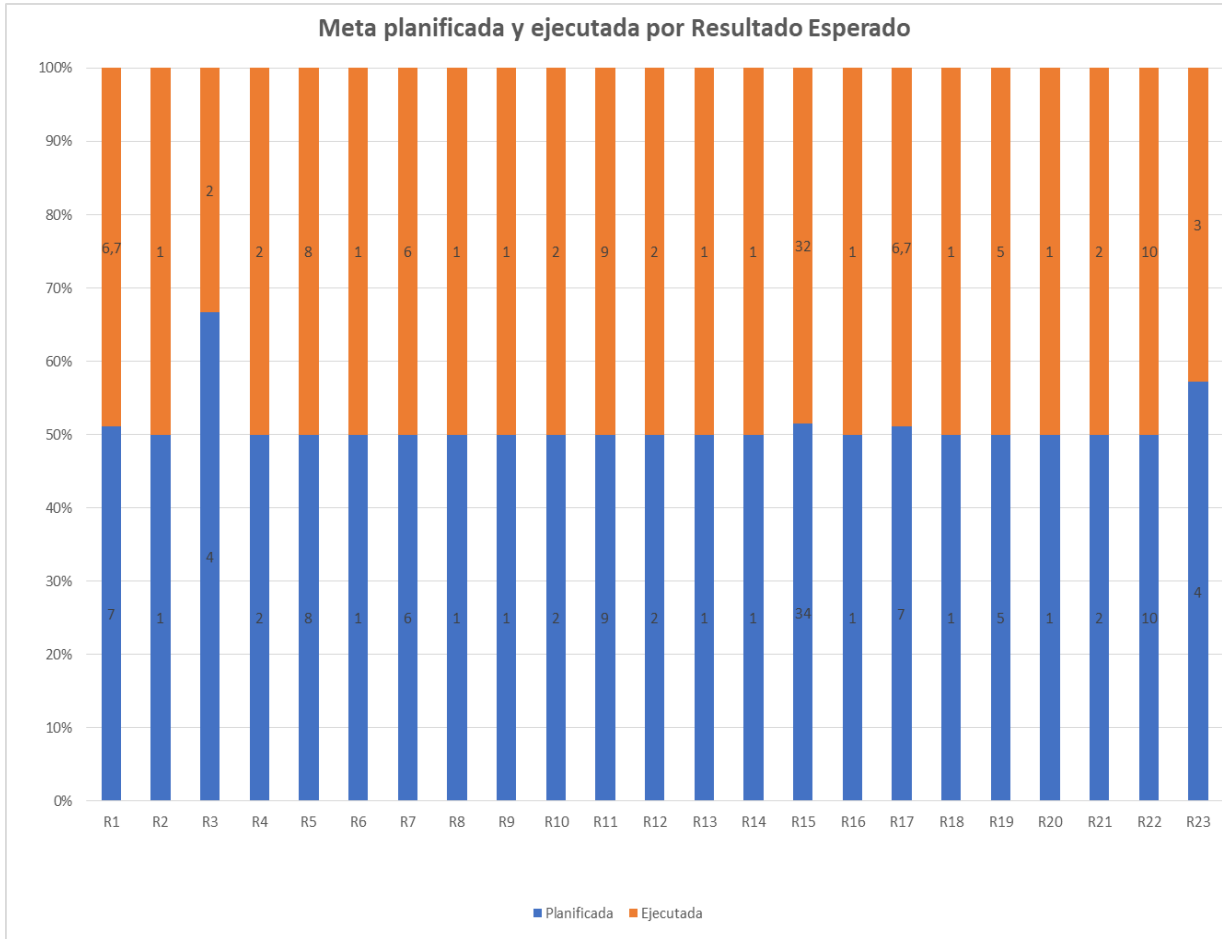
Este SRS programó en el trimestre octubre-diciembre del POA 2018 un total de 123 acciones programables y presupuestables, a ser ejecutadas por las áreas que la componen. El reporte de la ejecución interna se muestra como sigue:

Dirección/Departamento/División	A tiempo	Fuera de tiempo
Gerente Regional	✓	
Recursos Humanos	✓	
Gerencia Administrativa	✓	
Gerencia Financiera	✓	
Gerencia Asistencial	✓	
Gerencia Estratégica	✓	
Comunicaciones	✓	
Sistema de Información	✓	
Servicios Diagnostico	✓	
URGM	✓	
M&E	✓	
Atención al Usuario	✓	
Odontología	✓	
Oficina de Acceso a la Información	✓	
Calidad de los Servicios	✓	

El avance de la ejecución programática de las actividades por dependencia, se muestra a continuación:

Servicio Regional de Salud Cibao Central	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia Regional	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Financiera	95%	93%	88%	S/D
Gerencia Administrativa	33%	33%	33%	S/D
Gerencia Estratégica	100%	100%	100%	S/D
Gerencia Asistencial	95%	95%	92%	S/D
M&E	83%	90%	90%	S/D
Comunicaciones	100%	100%	100%	S/D
Medicamentos	88%	75%	75%	S/D
Odontología	100%	100%	100%	S/D
Recursos Humanos	100%	100%	100%	S/D
Sistema Información	100%	100%	100%	S/D
Servicios Diagnósticos	100%	100%	100%	S/D
Atención Usuarios	100%	100%	100%	S/D
Calidad	100%	100%	100%	S/D
OAI	100%	100%	100%	S/D

En cuanto al logro alcanzado por el SRS, se reporta un nivel de cumplimiento de un **97%**.



Dependencias SRS VIII

SRS Cibao Central	% Cumplimiento Individual	% Indicador Efectividad	% Indicador Eficacia	% Indicador Eficiencia
Gerencia de Área La Vega	95%	73%	75%	S/D
Hospital Luis Morillo King	44%	55%	55%	S/D
Hospital Pedro A. Céspedes	S/D	S/D	S/D	S/D
Hospital Jima Abajo	97%	92%	92%	S/D
Centro de Salud Integral (CENSAIDE)	72%	68%	68%	S/D

El logro alcanzado por el SRS y las dependencias que lo componen en cuanto al cumplimiento de sus actividades relacionadas a los producto terminales e intermedios, es de un **81%**.

Hallazgos y Recomendaciones

1. Gerencia Área la Vega

- Confirmar que en los formularios de supervisión se completan todos los campos del encabezado y firmas de los involucrados.
- Reportan la justificación de la no realización de actividades y de las cuales entendieron que al ser ejecutadas por el SRS, le eran válidas para el reporte de su POA.

2. Hospital Regional Luis Morillo King

- Las actividades educativas (charlas) se registran de forma general sin diferenciar los temas que se traten.
- No se conservan copias de la contraferencia de gestantes, ni tampoco hacen registros o reportes de su frecuencia.
- En el llenado de certificados de nacidos vivos no son completados todos los campos de llenado.
- Procurar que los reporte de producción sean oportunos.

3. Hospital Municipal Pedro Céspedes

- Este establecimiento está actualmente en remozamiento por lo cual no pudo ser medido.

4. Hospital Municipal Jima Abajo

- Algunas actividades sin medios de verificación acorde a lo pautado en el POA.
- Las cirugías se realizan en jornadas, por esta razón no cuentan con lista de espera.

5. Centro de Salud Integral (CENSAIDE)

- Reprogramación de varias de las actividades programadas en el trimestre.
- Reporte de rendición de cuenta presenta tardanza.
- Medios de verificación incompletos

Recomendaciones Generales

1. El SRS debe procurar el apoyo y seguimiento a la ejecución programada de la Red, validando los medios de verificación reportados y emitiendo recomendaciones que aporten a un mejor desempeño de la microred del SRS VIII.
2. El SRS debe requerirle a los CEAS y GAS, la rectificación de los RTP cuando estos no cumplan los lienamientos técnicos y de calidad.
3. Los reportes de producción y de rendición de cuenta deben ser remitidos en tiempo oportuno a la dependencia correspondiente del SNS.

7. Anexos

Gráfico resultados trimestre 4-2018 DCSNS

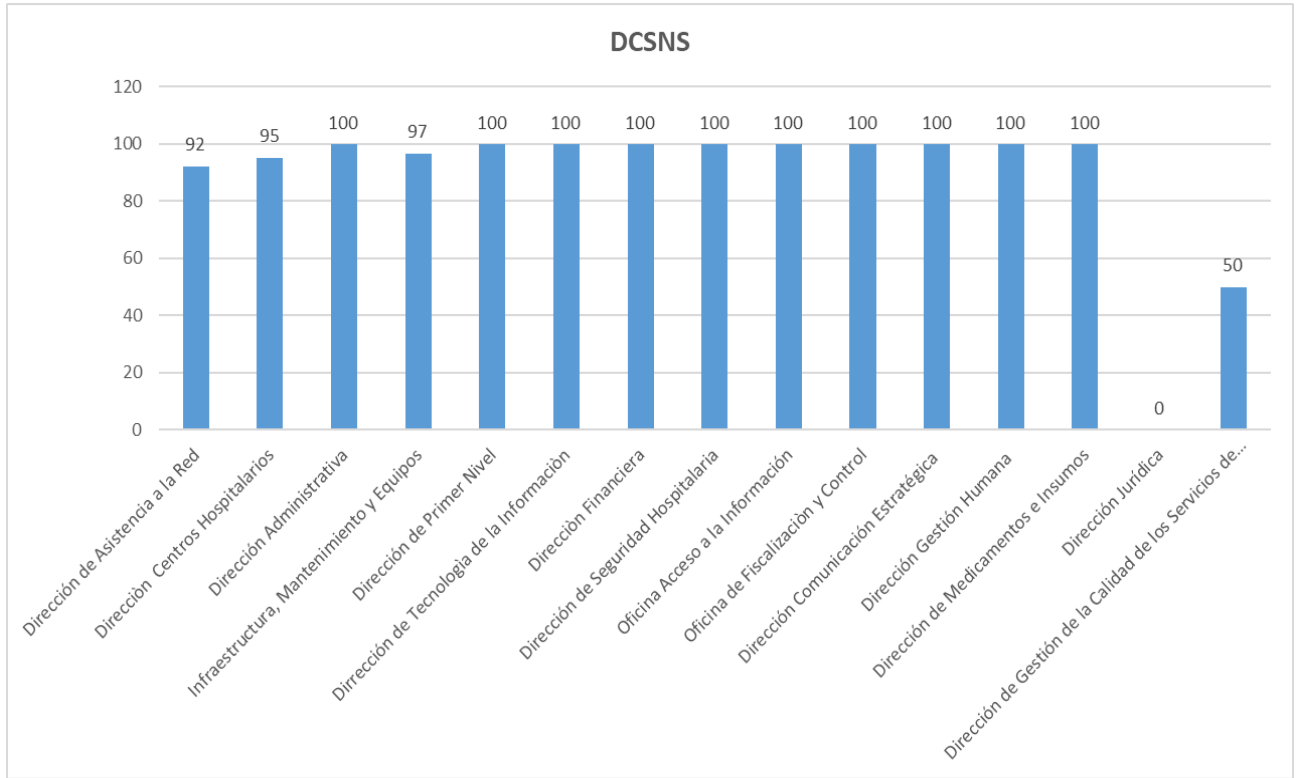
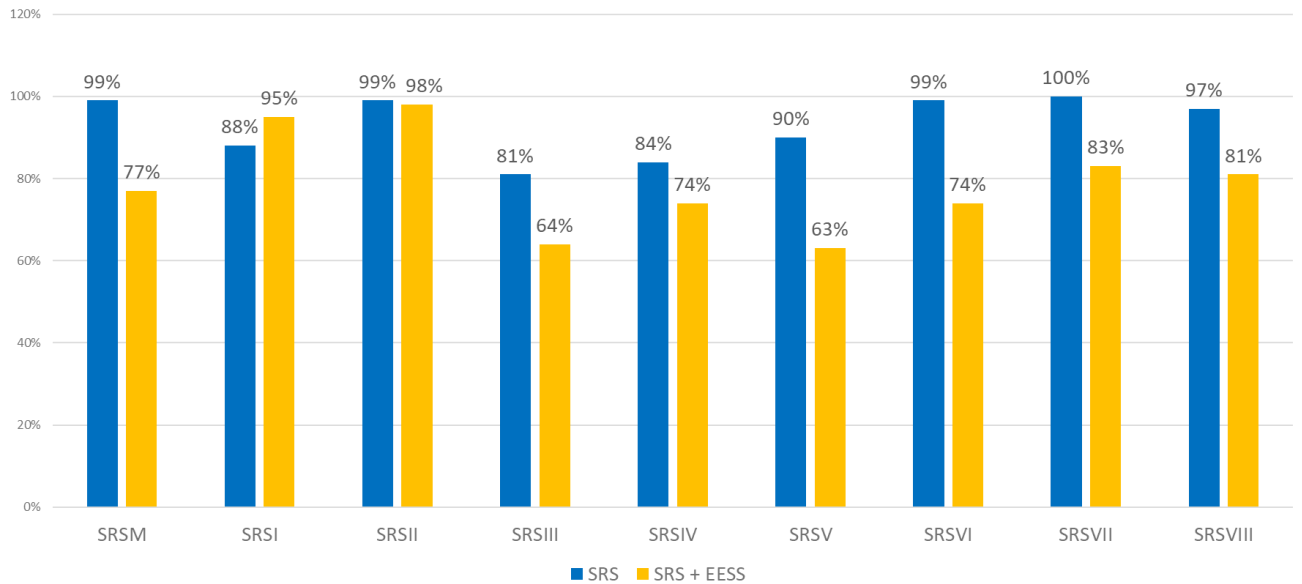


Gráfico resultados trimestre 4-2018 Red SNS

Resultados Monitoreo T4-2018 en la Red SNS



Resultados Monitoreo del POA 2018

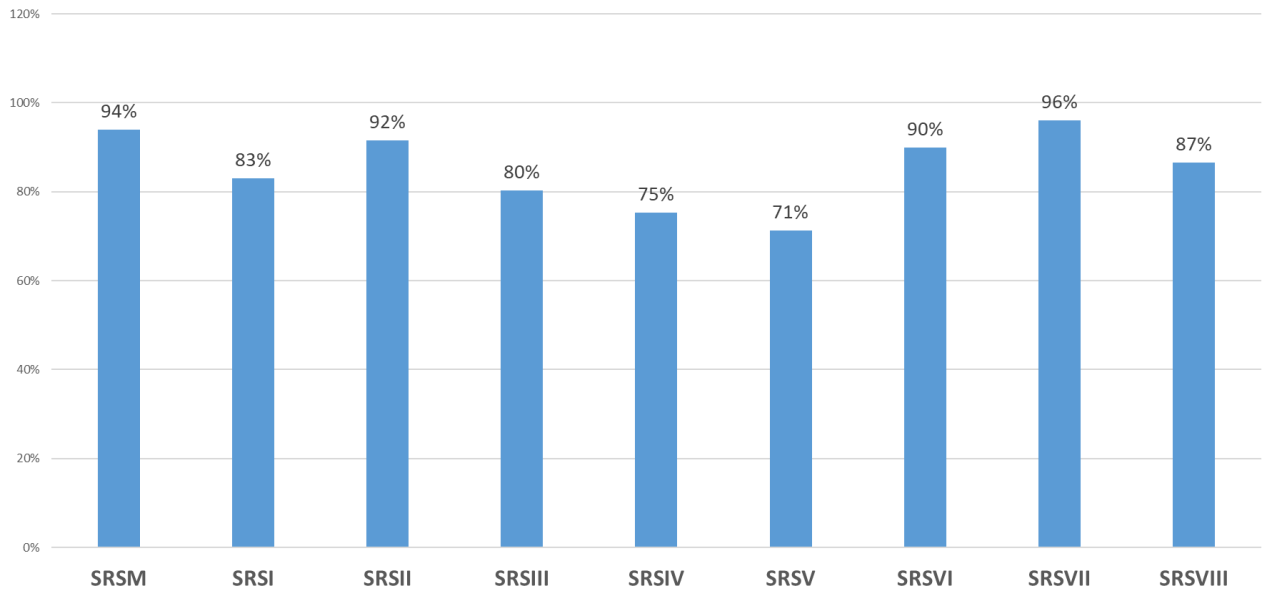


Tabla resultados POA 2018 de la Red SNS

Dependencia	T1	T2	T3	T4	Tendencia
SRSM	86%	94%	97%	99%	
SRSI	75%	93%	76%	88%	
SRSII	77%	97%	93%	99%	
SRSIII	82%	89%	69%	81%	
SRSIV	54%	79%	84%	84%	
SRSV	38%	73%	84%	90%	
SRSVI	89%	89%	83%	99%	
SRSVII	95%	93%	96%	100%	
SRSVIII	85%	78%	86%	97%	

Tabla resultados trimestre 4-2018 DCSNS

Unidades Departamentales	% Cumplimiento Individual	% Cumplimiento por Dirección
Dirección de Planificación		
Cooperación Internacional	100	98
Monitoreo y Evaluación	100	
Sistema de la Información	100	
Proyectos	88	
Calidad Institucional	100	
Dirección de Asistencia a la Red		
Servicios Diagnósticos y Sangre	100	92
Materno Infantil	81	
Odontología	80	
Gestión Clínica	100	
Emergencia y Desastres	100	
Dirección Centros Hospitalarios	100	100
Dirección Administrativa	100	98
Infraestructura, Mantenimiento y Equipos	97	
Dirección de Primer Nivel	100	100
Dirección de Tecnología de la Información	100	100
Dirección Financiera	100	100
Dirección de Seguridad Hospitalaria	100	100
Oficina Acceso a la Información	100	100
Oficina de Fiscalización y Control	100	100
Dirección Comunicación Estratégica	100	100
Dirección Gestión Humana	100	100
Pasantías Médicas	100	
Dirección de Medicamentos e Insumos	100	100
Dirección Jurídica	0	0
Dirección de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud		50
Gestión de la Calidad	0	
Atención a Usuarios	100	
% Cumplimiento Dirección Central del SNS		89

Direcciones DCSNS	% Año 2018
Planificación y Desarrollo	90%
Gestión de la Información	75%
Asistencia a la Red	80%
Centros Hospitalarios	99%
Primer Nivel	85%
Administrativa	66%
TIC	88%
Financiera	69%
Seguridad Hospitalaria	52%
OAI	92%
Control y Fiscalización	49%
Comunicaciones	75%
Recursos Humanos	80%
Medicamentos	88%
Jurídica	20%
Gestión de la Calidad SS	60%