



CENTRO DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE LA CIUDAD SANITARIA DR. LUÍS EDUARDO AYBAR

**CENTRO DE GASTROENTEROLOGIA DE LA CIUDAD SANITARIA DR. LUIS E.
AYBAR**

INFORME 1ER TRIMESTRE PLAN OPERATIVO ANUAL

Preparado por :
Licda. Samanta Soto
Encargada de Planificación y Desarrollo

Santo Domingo, República Dominicana
Abril 2025

Contenido

- Introducción
- Aspectos Generales
- Metodología
- Distribución de actividades por área
- Nivel de ejecución general del POA durante el 1er trimestre 2025
- Conclusión
- Recomendaciones
- Anexos.

INTRODUCCION

El Plan Operativo Anual (POA) 2025 constituye la desagregación operativa del Plan Estratégico Institucional 2024-2028, alineado a la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, el Plan Nacional Plurianual del Sector Público y el Plan de Gobierno 2024-2028. Contiene los objetivos, productos, indicadores, metas, cronogramas, resultados esperados y actividades que se impulsaron al finalizar el año 2025, vinculado con el presupuesto institucional, 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 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 evaluación en cambio, 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.

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 MARCO INSTITUCIONAL.

1.1.1. MISIÓN

Somos una institución de salud especializada en gastroenterología, que ofrece servicios a usuarios, familias y comunidades apegados a nuestros valores, apoyados en la docencia e investigación.

1.1.2 VISION

Ser reconocidos como el centro de gastroenterología líder a nivel nacional donde se ofrezcan servicios de salud con los más altos niveles de calidad en un ambiente de equidad, calidez, confianza y transparencia; con una amplia cartera de servicios apoyados en la capacidad profesional de nuestro personal.

1.1.3 VALORES INSTITUCIONALES

- Confianza
- Compromiso

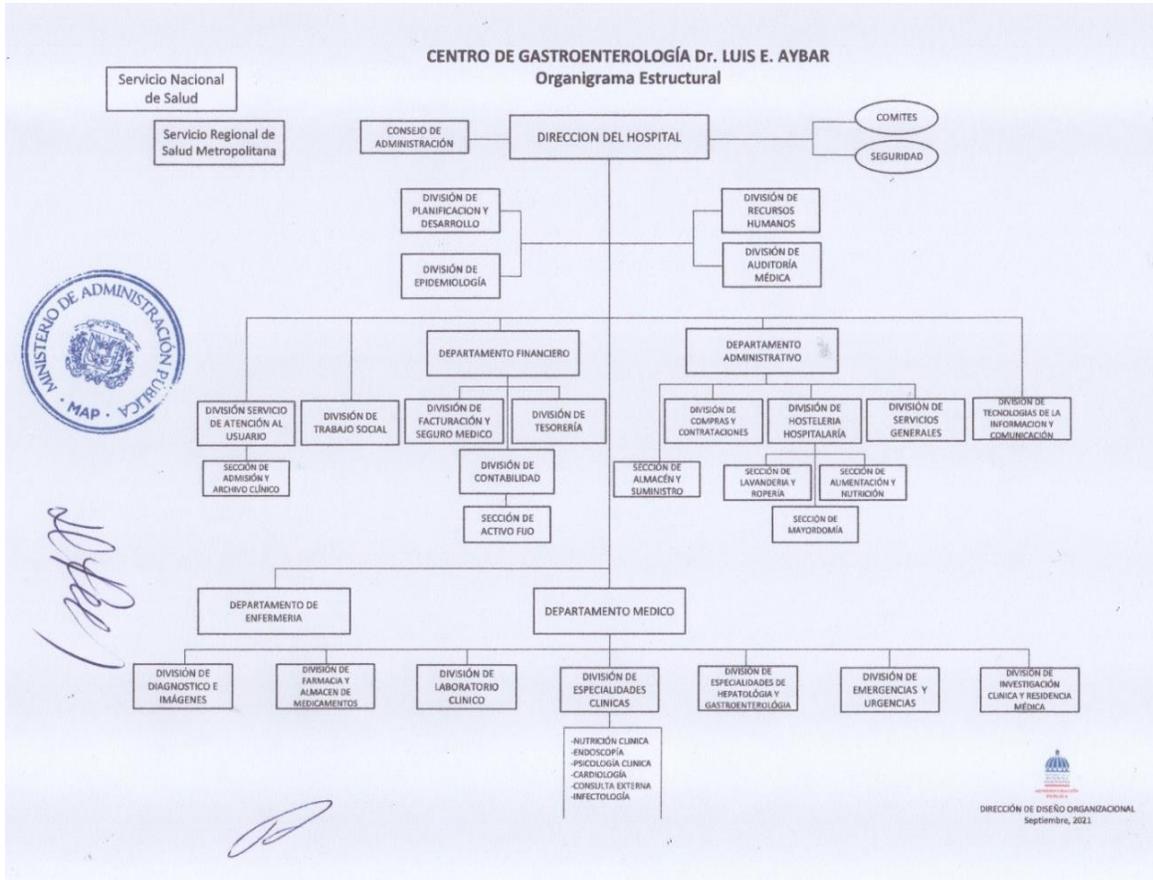
- Responsabilidad Social
- Excelencia
- Calidad
- Innovación

1.1.4 BASE LEGAL

El marco legal que rige las actividades del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Luis E. Aybar incluye los siguientes instrumentos legales de diverso orden que van desde la Constitución de la República hasta leyes y resoluciones que conforma y se rige el Servicio Nacional de Salud.

Los principales instrumentos legales son: la Constitución de la República Dominicana (2015); la Ley 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS); el Dec. No. 330-05 que aprueba el Reglamento de la Ciudad Sanitaria Dr. Luís E. Aybar; el Reglamento No. 434-07 de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas.

1.1.5 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA



1.2 SÍNTESIS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL.

- Asegurar la provisión de los servicios de salud enfocado a la prevención y diagnóstico clínico de la enfermedad del tracto digestivos y glándulas anexas.
- Respetar los derechos de las personas, que se traduzca en un incremento de la confianza y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.
- Asegurar las funciones administrativas del centro para que se traduzcan en bienes y servicios para los usuarios.

OBJETIVO DEL INFORME:

Medir el nivel de avance de ejecución de actividades mensual, alcanzado un buen desempeño en los indicadores de gestión y resultados programados del POA.

METODOLOGIA:

Para conocer el nivel de ejecución se procedió a la medición del indicador de eficacia. Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de las metas físicas de los productos acorde con su unidad de medida. Para su cálculo se consideró meta programada en el trimestre por producto y nivel de ejecución de este en ese trimestre de la siguiente forma:

$$\% \text{ metas ejecutadas} = \frac{\text{meta ejecutada del producto trimestre } n}{\text{meta programada del producto trimestre } n} \times 100$$

Cada porcentaje de cumplimiento por actividad se clasificó dentro del rango de semaforización, a fin de mostrar visualmente el estado de alerta de las metas de los productos para el referido trimestre:

Rango	Descripción
 80%-100%	Metas realizadas totalmente o nivel de ejecución adecuado, eficiente y oportuno en relación con la programación.
 60%-79%	Metas realizadas parcialmente.
 0%-59%	Metas no realizadas o nivel de ejecución insuficiente en relación con la programación.

Distribución de actividades por área o Departamento

En la tabla siguiente se observan el total de actividades programadas y su porcentaje correspondiente:

Distribución de actividades por área

No.	Área Responsable	Cantidad de actividades	Porcentaje
1	Farmacia	1	1%
2	Enfermería	5	5%
3	Emergencia	11	10%
4	Sub-Dirección	5	5%
5	Calidad de los Servicios	4	4%
6	Atención al Usuario	6	6%
7	Epidemiología	6	6%
8	Laboratorio	10	10%
9	Recursos Humanos	12	10%
10	Administración	1	1%
11	Compras	2	2%
12	Tecnología	3	2%
14	Planificación	18	15%
16	Facturación	2	2%
17	Financiera	7	6%
18	Auditoría Medica	2	2%
19	OAI	8	8%
20	Comunicación	6	5%
Total		109	100%

En este 1er trimestre mostramos el nivel de eficiencia y eficacia de las áreas responsables:

Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Luis E. Aybar

Monitoreo Interno Enero- marzo 2025

No.	Área Responsable	Efectividad	Eficacia	Promedio Logrado	Observaciones
1	Calidad de los Servicios	100%	100%	100%	
2	Laboratorio	100%	100%	100%	
3	Emergencia	100%	100%	100%	
4	Farmacia	100%	100%	100%	
5	Enfermería	100%	100%	100%	
6	Atención al Usuario	100%	100%	100%	
7	Epidemiología	100%	100%	100%	
8	Sub-Dirección	100%	100%	100%	
9	Recursos Humanos	90%	90%	90%	
10	Planificación	100%	100%	100%	
11	Administración	100%	100%	100%	
12	Facturación	100%	100%	100%	
13	Financiera	95%	95%	95%	
14	Auditoría Medica	100%	100%	100%	
15	OAI	100%	100%	100%	
16	Tecnología	100%	100%	100%	
17	Comunicación	100%	100%	100%	
Total				99%	

Hallazgos:

* En la actividad Reunión Comité Fármaco Terapéutico (CFT) Hospitalario y promoción del uso racional de los medicamentos se recomienda llenar las casillas de lo logrado en la sección de acuerdos.

Realización la ruta de recolección de las muestras se reprograma de acuerdo a la matriz de reprogramación no refirieren muestra a otro laboratorio.

*Reunión con DPS para coordinar entrega insumos/ Participación evaluación externa calidad se reprograma de acuerdo a la matriz de reprogramación, la reunión está programada para abril, por tal razón no aplica para este trimestre.

*Envío mensual del Infolab Febrero> Sustento de reprogramación. Según comunicación, tuvieron fallas del servidor, el cual no ha sido restablecido, provocando pérdida de información, ya Tecnología del SNS está al tanto.

*Reunión del comité de emergencias para socialización del plan Hospitalarios Emergencias de salud pública y desastres naturales con el personal del hospital. Se fracciona menos 10 pts coordinador de la reunión no firmo el listado.

El Centro de Gastroenterología cuenta con un total de 17 dependencias responsables de ejecución de actividades en el primer trimestre del año 2025, de las cuales las 17 presentaron sus evidencias oportunamente en el monitoreo, para un nivel de cumplimiento de reporte oportuno de un 100%.

Presentamos un cuadro de resultados de Monitoreo Mensual por responsables:

Justificación de las Observaciones o Hallazgos:

En este 1er trimestre mostramos el nivel de eficiencia y eficacia de las áreas responsables:

Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Luis E. Aybar					
Monitoreo Interno Enero- Marzo 2025					
No.	Area Responsable	Efectividad	Eficacia	Promedio Logrado	Observaciones
1	Calidad de los Servicios	100%	100%	100%	
2	Laboratorio	100%	100%	100%	
3	Emergencia	100%	100%	100%	
4	Farmacia	100%	100%	100%	
5	Enfermería	100%	100%	100%	
6	Atención al Usuario	100%	100%	100%	
7	Epidemiología	100%	100%	100%	
8	Sub-Dirección	100%	100%	100%	
9	Recursos Humanos	90%	90%	90%	
10	Planificación	100%	100%	100%	
11	Administración	100%	100%	100%	
12	Facturación	100%	100%	100%	
13	Financiera	95%	95%	95%	
14	Auditoría Médica	100%	100%	100%	
15	OAI	100%	100%	100%	
16	Tecnología	100%	100%	100%	
17	Comunicación	100%	100%	100%	
			Total	99%	

Hallazgos:

- En la actividad Reunión Comité Fármaco Terapéutico (CFT) Hospitalario y promoción del uso racional de los medicamentos se recomienda llenar las casillas de lo logrado en la sección de acuerdos.
- Realización la ruta de recolección de las muestras se reprograma de acuerdo a la matriz de reprogramación no refirieren muestra a otro laboratorio.
- Reunión con DPS para coordinar entrega insumos/ Participación evaluación externa calidad se reprograma de acuerdo a la matriz de reprogramación, la reunión está programada para abril, por tal razón no aplica para este trimestre.
- Envío mensual del Infolab Febrero> Sustento de reprogramación. Según comunicación, tuvieron fallas del servidor, el cual no ha sido restablecido, provocando perdida de información, ya Tecnología del SNS está al tanto.
- Reunión del comité de emergencias para socialización del plan Hospitalarios Emergencias de salud pública y desastres naturales con el personal del hospital. Se fracciona menos 10 ptos coordinador de la reunión no firmo el listado.
- Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para preparar el Operativo de Semana Santa comité de emergencias se fracciona menos 10 ptos, espacio vacío en el listado.
- Registro de las referencias y contrareferencias de la Red. Enero> se invalida menos 50 ptos, no presento contrareferencias; Febrero> Sustento de reprogramación. Según comunicación, tuvieron fallas del servidor, el cual no ha sido restablecido, provocando perdida de información, ya Tecnología del SNS está al tanto. De acuerdo a comunicación presentada en marzo, son un centro de alta complejidad y no contrarefieren.
- Ejecución de las Autoinspecciones de Habilitación en los servicios Se fracciona menos 10 ptos, error en la fecha de uno de los formularios, puso un teléfono en vez de la fecha.
- Se fracciona proporcionalmente al número de cursos programados en el TI, se ejecutaron 2 cursos de los 7 programados.
- Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en la Administración Pública (SISTAP). Se Reprograma de acuerdo a la matriz de reprogramación, no tienen medico ocupacional para trabajar con el Sistema de Salud y Riesgos Laborales.
- Evaluación, seguimiento del personal con licencias recurrentes y los enviados a auditoria médica. Se fracciona menos 10 ptos, error fecha encabezado matriz
- Gestión de subsidios por enfermedad común. Se fracciona menos 10 ptos, error fecha encabezado matriz.
- Rendir oportunamente las cuentas de anticipos financieros para su regulación en el período se reprogramada, según sustento, no recibieron la transferencia de los fondos en el mes de marzo.

Conclusión:

Se presentan los Resultados Generales, según el promedio alcanzado por los responsables en el monitoreo mensual de las ejecuciones de las actividades programadas POA 2025, a través de indicador de producto de Evaluación, incluyendo las observaciones entregadas al momento de realizar el primer monitoreo.

1. Cumplimiento Individual:

2. Efectividad:

3. Eficacia:

Resultados de Indicadores de Planificación Operativa				
Resultados	Producto	Indicadores	Meta	Desempeño
Fortalecida la capacidad institucional mediante la optimización de los procesos, empoderamiento del talento humano, articulación interna, tecnologías de la información y la comunicación, la infraestructura física con el fin de mejorar la oferta institucional a la población en términos de calidad y eficiencia	4.1.1.9 Implementación del Sistema Institucional de Planificación, Monitoreo y Evaluación	Porcentaje de ejecución del POA.	99%	
		Porcentaje de Áreas funcionales con desempeño con más de 85%	99%	

Aplicando los criterios de valoración de la evaluación según metodología de semáforo.

Exhiben un nivel de cumplimiento en términos de calidad de ejecución y medios de verificación auditados, según escala de valoración siguiente:

- El Promedio de ejecución del POA CEAS, con una meta de cumplimiento de un 100%
- Porcentaje de dependencias que reportan ejecución mensual del POA, con una meta de un 97% de cumplimiento, se logró que un 100% reportaran evidencias, para una valoración de buena o verde.

Recomendaciones:

- Se recomienda revisar código, sello, firma, fecha en cada actividad.
- Tener en cuenta que los anexos incluidos sean los indicados.

- Entregar oportunamente cada mes.
- No dejar espacios en blancos en los listados.
- Organizar que las Capacitaciones programadas sean las capacitaciones impartidas.

ANEXOS:

Actividades programadas por departamentos

Emergencia

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	1.1.2.1.03	Implementación y llenado de historia clínica de emergencias y registro de todos los pacientes del libro de emergencias	Reporte
1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	1.1.2.1.06	Elaboración y/o actualización de los Planes de Emergencias y Desastres Hospitalarios	Plan
1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	1.1.2.1.07	Reunión del comité de emergencias para socialización del plan Hospitalarios Emergencias de salud pública y desastres naturales con el personal del hospital.	Listado de participación/ Minuta
1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	1.1.2.1.10	Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para preparar el Operativo de Semana Santa comité de emergencias	Listado de participación/ Minuta

Subdirección

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.2.3.1 Comités de Salud Hospitalarios (priorizados según Reglamento Hospitalario 434-07)	1.2.3.1.01	Sesiones de los comités hospitalarios	Listado de participación/ Minuta

Atención al usuario

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.2.2.1 Articulación de la Red SNS	1.2.2.1.01	Registro de las referencias y contrareferencias de la Red.	Reporte
1.3.3.1 Gestión de la Experiencia del Paciente	1.3.3.1.01	Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios acorde a cuota establecida mensualmente	Reporte
1.3.3.1 Gestión de la Experiencia del Paciente	1.3.3.1.02	Generación de reporte de nivel de satisfacción de usuarios	Reporte
1.3.3.1 Gestión de la Experiencia del Paciente	1.3.3.1.03	Elaboración del plan de mejora de la experiencia del paciente	Plan
1.3.3.1 Gestión de la Experiencia del Paciente	1.3.3.1.05	Gestión de los buzones de sugerencias (QDRS)	Reporte

Calidad de los Servicios

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.3.4.3 Seguimiento a la Habilitación de los Servicios de Salud	1.3.4.3.01	Ejecución de las Autoinspecciones de Habilitación en los servicios	Formulario

Auditoria Medica

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.1.2.2 Programa de Fortalecimiento del Nivel Especializado	1.1.2.2.01	Análisis del comportamiento de las objeciones médicas y administrativas	Informe

Epidemiología

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.3.4.2 Prevención y Control del Riesgo Biológico	1.3.4.2.02	Autoevaluación de los procesos de Bioseguridad, Control de Infecciones e Higiene y Desechos Hospitalarios	Formulario
1.3.4.2 Prevención y Control del Riesgo Biológico	1.3.4.2.06	Notificación oportuna de las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica	Reporte

Recursos Humanos

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
2.1.1.2 Programas de desarrollo de competencias técnicas y habilidades blandas.	2.1.1.2.01	Ejecución Plan de Capacitación - 2025.	Plan Capacitación 2025, Listado de Participación
2.1.1.3 Evaluación del desempeño laboral.	2.1.1.3.02	Evaluación del desempeño laboral 2024.	Matriz para reportar resultados de evaluación del desempeño laboral 2024.
2.1.1.3 Evaluación del desempeño laboral.	2.1.1.3.03	Consolidado de resultados de acuerdos del desempeño laboral 2025.	Matriz para reportar acuerdos del desempeño laboral 2025
2.2.2.1 Implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo.	2.2.2.1.01	Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en la Administración Pública (SISTAP).	Informes
2.2.2.1 Implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo.	2.2.2.1.02	Evaluación, seguimiento del personal con licencias recurrentes y los enviados a auditoría médica.	Informe de evaluación, seguimiento del personal con licencias recurrentes y los enviados a auditoría médica.
2.2.2.1 Implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo.	2.2.2.1.03	Seguimiento e investigación de accidentes y enfermedades laborales.	Reporte

2.2.2.1 Implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo.	2.2.2.1.04	Gestión de subsidios por enfermedad común.	Matriz, reporte del registro SISALRIL.
2.3.1.1 Levantamiento de necesidades de personal para cubrir vacantes actuales y nuevos recursos.	2.3.1.1.01	Reporte trimestral de la dotación de acuerdo a las estructuras aprobadas del establecimiento.	Reporte consolidado (físico y digital en formato de Excel)
2.3.1.1 Levantamiento de necesidades de personal para cubrir vacantes actuales y nuevos recursos.	2.3.1.1.02	Validación de estatus de los perfiles de los colaboradores activos en nómina.	Listados de participantes Reporte trimestral (Físico y digital en formato de Excel).

Administración

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
3.2.1.1 Ejecución de los procesos de compra en tiempo oportuno	3.2.1.1.01	Codificación y carga PACC 2026	Registro Digital

Tecnología

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
3.5.1.1 Mejora de la infraestructura tecnológica de la Red SNS	3.5.1.1.01	Actualización y mantenimiento de portales web	Reporte
3.5.1.1 Mejora de la infraestructura tecnológica de la Red SNS	3.5.1.1.02	Soportes incidencias tecnológicas atendidas	Reporte

Planificación

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.09	Reporte de ejecución Metas Físicas y Financieras 2025 en el SIGEF	Reporte
3.4.1.1 Levantamiento de Necesidades de	3.4.1.1.01	Llenado y envío del formulario de levantamiento de necesidades de	Formulario

Cooperación no Reembolsable		cooperación no reembolsable a la ORS	
3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	3.7.1.1.02	Seguimiento al cumplimiento de la CCC (Carta Compromiso al Ciudadano)	Reporte
3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	3.7.1.1.07	Ejecución de las sesiones del comité de calidad del CEAS	Listado de participación
3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	3.7.1.1.08	Sesión de trabajo para elaboración de plan de mejora y contribuir al cumplimiento de los indicadores en SISMAP Salud y Programa de Desempeño SNS	Listado de participación
3.7.1.2 Despliegue nueva estructura organizativa Red SNS por nivel de complejidad	3.7.1.2.01	Cumplimiento del análisis y rediseño de estructura organizativa, coordinado por el MAP y Desarrollo Institucional SNS (solo aplica a quienes no tienen estructura aprobada)	Mails seguimiento (DDI sede Central, MAP), Informe de estatus Resoluciones aprobadas (A partir del 2do. Trimestre)
3.7.1.4 Ampliación del alcance del sistema de monitoreo	3.7.1.4.01	Autoevaluación POA 2025	Informe
3.7.1.4 Ampliación del alcance del sistema de monitoreo	3.7.1.4.02	Socialización y elaboración de planes de mejora acorde a los hallazgos de los MEP	Listado de participación

Financiera

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.01	Rendir oportunamente las cuentas de anticipos financieros para su regulación en el período	Reporte
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.04	Reportar oportunamente las informaciones financieras que alimentan el sistema de indicadores, fundamentas en el registro sistemático de las	Reporte

		transacciones sosteniendo la calidad del dato.	
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.05	Reportar la ejecución presupuestaria consolidada de ingresos y egreso proveniente de las diferentes fuentes de financiamiento.	Reporte
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.06	Cargar oportunamente las informaciones financieras cumpliendo con los criterios de calidad dispuestos por las normativas para que estén disponible a la ciudadanía.	Reporte
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.08	Elaboración de los Estados Financieros y sus anexos	Estados Financieros

Facturación

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.02	Asegurar el reporte oportuno de facturación eficiente de ingresos por las diferentes fuentes de financiamiento.	Reporte

OAI

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	3.1.1.1.01	Actualización del portal de transparencia	Reporte
3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	3.1.1.1.02	Levantamiento de las necesidades de la OAI	Informe

3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	3.1.1.1.03	Capacitación en la Ley 200-04 y la Resolución No. 002-21 de la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental	Listado de participación
3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	3.1.1.1.01	Actualización del portal de transparencia	Reporte

Comunicaciones

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
3.3.1.2 Despliegue Plan Interconexión Red Pública de Servicios de Salud (Educación en Salud)	3.3.1.2.01	Implementación Plan Interconexión Red Pública de Servicios de Salud (Educación en Salud)	Reporte
3.3.1.3 Despliegue Plan de Gestión Ambiental / Responsabilidad Social Institucional	3.3.1.4.01	Campaña de promoción del consumo de energía y eficiencia energética (interna / externa).	Publicaciones en medios sociales/correo interno

