

**CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA DE AMISTAD
DOMÍNICO-JAPONESA (CEMADOJA)**

Dirección o Departamento: DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

Fecha	08 de Julio 2022
--------------	------------------

TEMA OBJETIVO DEL INFORME

**INFORME DE LOGROS Y SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL 2022 TRIMESTRE
ABRIL – JUNIO**

DESARROLLO DEL INFORME

El Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico-Japonesa (CEMADOJA) referente al período abril - junio 2022 fue realizado por sugerencias del Servicio Nacional de Salud (SNS), en el mismo se recopilan todas las actividades programadas en el segundo trimestre del año en curso, a la vez se pormenorizan los resultados que se esperan alcanzar y se reflejan los medios de verificación en el formato estandarizado que las respaldan, tal como se exhibe más adelante.

Con el objetivo de propiciar redes de servicios integradas y con mayor resolución para coordinar la prestación de los mismos, en cuanto a la promoción de salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos fue que en el mes de abril se efectuó un informe de la Autoevaluación en la metodología de la Gestión Productiva de los servicios de salud (1.1.1.6.01) que consistió en hacer un levantamiento de información de las distintas áreas involucradas, saliendo a relucir la Valoración de las Condiciones mínimas para la atención en salud, con una escala nominal del 1 al 5, y como fruto de ello se presentó la Matriz de Calificación de los Estándares Comparativos, en respuesta de esto en el mes de mayo se procedió con la Elaboración de planes de mejora con la Metodología de la Gestión Productiva (1.1.1.6.02) documento que plasma las acciones puestas en funcionamiento para lograr que la oportunidad de mejora se cumpla, como fueron: reestructurar los toldo del techo de la entrada principal del centro, reacondicionar las juntas de los pisos del primer nivel y gestionar la confección del directorio del hospital, etc. A raíz de esto, en junio se hizo un informe de la Ejecución de Planes de Mejora con la Metodología de Gestión Productiva (1.1.1.6.03) con miras hacia la consecución progresiva del acceso universal a la salud y su cobertura universal.

Como una forma de aportar a las redes de servicios de salud resilientes ante la ocurrencia de algún evento natural o no, como son: ciclones tropicales, sismo/terremoto, accidente de tránsito e inundaciones entre otros y de ofrecer una respuesta oportuna fue que en el mes de junio se realizó la Reunión de Coordinación Plan Hospitalarios Emergencias de salud pública y desastres naturales con jefes y encargados comité de emergencias (1.1.5.2.02); incluso para abril se hizo una minuta de la Reunión con el Comité Hospitalario de

Emergencias y Desastres para preparar el operativo Semana Santa (1.1.5.2.05) donde se determinaron las siguientes medidas: cada encargado departamental debía aprovisionar a sus áreas de trabajo con los materiales necesarios a ser utilizado en el transcurso de las festividades, el personal de seguridad tenía que extremar las precauciones de vigilancia, adecuadas para conservar el orden, salvaguarda vidas y las propiedades del centro; luego, para el mes de junio se coordinó una Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para respuesta a temporada ciclónica y eventos hidrometeorológicos (1.1.5.2.06) en la cual se conversó acerca de las medidas de preparación para el manejo de los establecimientos y de las áreas administrativas en caso de alguna eventualidad. Del mismo modo, en ese mes se mostró un reporte del Reforzamiento y capacitación control de infecciones y manejo clínico COVID-19 para epidemiólogos facilitadores de los centros de salud a nivel nacional (1.1.5.2.09) contribuyendo así a reducir la morbi-mortalidad provenientes de las emergencias y desastres, a través de la detección, preparación y mitigación de los eventos que suponen riesgos y amenazas, bajo un enfoque multisectorial que favorezca a la salud y seguridad de las personas.

A fin de fomentar y mantener un modelo de evaluación de la entrega de los servicios sanitarios con carácter igualitario y libre de discriminación, que promueva a través de la continua retroalimentación, la generación de mejores resultados en materia de salud fue que mensualmente se confeccionó un reporte de las Encuestas diarias de satisfacción de usuarios en la plataforma digital (1.2.1.3.01); adicional a ello, en el mes de junio se efectuó la Elaboración de los planes de mejora en base a los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción (1.2.1.3.02) y además en dicho mes, se presentó un informe de la Implementación de grupos focales para determinar la calidad percibida del servicio (1.2.1.3.04) teniendo esto como objetivo la puesta en marcha del programa de Gestión de usuarios para la adhesión a una cultura institucional de servicio.

En procura de fortificar la bioseguridad hospitalaria en el mes de junio se ejecutó una minuta sobre la Reunión de trabajo para la vigilancia y control de las IAAS (1.2.2.1.02); al mismo tiempo, en ese mes se realizó un reporte de la Implementación del formulario de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria (1.2.2.1.03); antes de esto, en el mes de abril se llevó a efecto la Elaboración de planes de mejora para la bioseguridad hospitalaria (1.2.2.1.04) donde se mostraron las actividades o tareas empleadas, tales como: identificación del riesgo en áreas de mantenimiento, recuperación e higienización, capacitación del proceso de recolección, clasificación y disposición de desechos sólido y peligroso, a la vez que la solicitud de evaluaciones médicas general anual al personal de limpieza, entre otros; después para el mes de mayo se creó un informe de Evaluación de la ejecución de los planes de mejora bioseguridad hospitalaria (1.2.2.1.05) en este se especifica que desde la implementación del plan sobre medidas sanitarias se supervisa el uso de las herramientas de bioseguridad y la disponibilidad de los mismos, todo ello se hace con el propósito de conseguir que los colaboradores de Cemadoja conozca y aplique dichas normas de manera oportuna y adecuada durante el ejercicio de sus funciones.

En otro sentido, para el mes de junio se reprogramó la Implementación de los planes de mejora elaborados acorde al monitoreo de todas las áreas incluidas en el informe (1.2.2.7.01) porque el centro no cuenta con los instrumentos de monitoreo de sus servicios o protocolos, ya que todavía no están listo por el SNS; igualmente

en ese mes se realizó el acta de Conformación del comité de calidad y seguridad del paciente en el EESS (1.2.2.7.02); antes de esto, en el mes de mayo se hizo un informe sobre la Evaluación de la ejecución de los planes de mejora de hostelería (1.2.2.4.04) en este se pomerizó el siguiente punto: el encargado de mayordomía elaboró una plantilla con el plan de trabajo que ejecuta su equipo de colaboradores, para así tener un mayor control en la eficiencia y eficacia de la limpieza, a la vez que desinfección de las áreas hospitalarias; posterior a ello, en los meses de abril, mayo y junio se reprogramó el reporte de Seguimiento a la notificación oportuna de los incidentes en el módulo definido para los fines (1.2.2.5.01) debido a que la plataforma no permitía ver los reportes y en su defecto no se podía generar el consolidado del mes, ya que no salía la lista de incidentes porque al parecer no estábamos habilitados, situaciones que fueron reportadas y por las cuales se esperan respuestas. Además, mensualmente se creó un reporte de Notificación oportuna de las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica (1.2.2.4.01) este contiene detalles de las fases a la hora de notificar las enfermedades en la aplicación, al igual que el total de casos de Covid-19 que para abril fueron de 149, efectuando entre 20 a 25 pruebas diarias, ya en mayo aumentó a 157, efectuándose desde 5 hasta 15 diariamente, por último, en el reporte presentado en junio se especifica que hasta la fecha se han ejecutado un total de 7,600 pruebas, de las cuales se notificaron unos 589 casos de COVID-19 al SINAVE, desde enero 2022.

En miras de asegurar la atención integral con calidad y oportunidad, a través de la coordinación clínica y asistencial de los servicios de salud se confeccionaron informes mensuales de la Gestión de los buzones de sugerencias (2.2.1.1.01); igualmente en los meses de abril a junio respectivamente se ejecutaron informes acerca de Gestionar las QDSR de los usuarios canalizando, hasta dar respuesta al mismo (2.2.1.1.02) donde se analizaron las plantillas generadas y presentadas en el acta de apertura de los buzones, al unísono especifica que las quejas recibidas fueron tramitadas a las autoridades correspondientes y se pusieron en marcha las medidas de subsanación pertinentes; seguidamente, se mostró un informe mensual del Seguimiento a la actualización de la cartera de servicios del establecimiento (2.2.1.1.03) reflejando que la misma se mantiene en constante renovación, mediante la incorporación de servicios acordes a los lineamientos establecidos por el Servicio Nacional de Salud (SNS) y se mencionó a su vez los horarios establecidos para brindar los servicios de imágenes, contribuyendo con esto a la conectividad de la red pública de salud.

A raíz de que en el mes de junio se solicitó un acta de Conformación y/o reestructuración de los Comités Hospitalarios (2.2.2.2.01) fue actualizado el Comité de apertura de buzones y creado el Comité ambiental de higiene y desechos hospitalarios, cumpliendo así con la gestión integrada y articulada de las redes públicas, con actores incluidos en la institución, teniendo una visión multisectorial y cooperación con una sociedad vigorizada, que promueva un entorno favorable para la cobertura y acceso a los servicios de salud.

En otro orden, para el mes de junio se llevó a cabo un reporte de Gestión de la habilitación de todos los servicios que ofertan en el EESS (2.2.3.1.01) procurando con ello mantener la eficacia, eficiencia y equidad de la prestación de los servicios de salud por medio de la reorganización e innovación de sus estructuras.

Con respecto a la Ejecución Plan de capacitación 2022 (3.2.1.1.01) mensualmente se realizó un listado de participación donde se mencionaron los temas que puntualizaremos más adelante: Cuidando nuestro medio ambiente. Cuidamos nuestra salud, Inteligencia emocional y Planes funerarios y beneficios; por tal razón, en el mes de junio se realizó un reporte de Seguimiento ejecución plan capacitación 2022 (3.2.1.1.02) como una forma de incrementar las capacidades y habilidades del personal, en conformidad con la complejidad de sus puestos de trabajo, las necesidades de atención en salud de la población y los compromisos del sector.

En cuanto a la Implementación del proceso de Auditoria Médica (3.2.3.1.01) en el mes de junio se hizo n reporte detallando el proceso a seguir para la culminación de esta actividad como lo fue: la objeción, conciliación, glosa y la nota de calidad, todo ello se concretizó con el fin de obtener un resultado satisfactorio en lo relativo al incremento y ejecución de los aspectos de gestión vinculados con la seguridad y salud en el trabajo. Al mismo tiempo, en el mes antes mencionado se efectuó la Elaboración de reporte y seguimiento del personal pasivo por enfermedad (3.2.3.1.02) presentando un total de 05 empleados de licencia en junio, las ausencias se debieron a los siguientes factores: Post-Parto, Secuelas por Covid-19 y procedimiento (cirugía) ambulatorio.

Por otra parte, en el mes de abril se procedió con la Ejecución de las sesiones del Comité de Calidad del CEAS (4.1.1.5.01) donde se interactuó sobre el estatus tanto de la Carta Compromiso al Ciudadano como del Sistema de Monitoreo de la Administración Pública (SISMAP), a la vez se hizo un compendio de la capacitación titulada: **Socialización de los lineamientos de la gestión de archivos SNS y SRS**, realizada en el salón principal del SRSM con el intención de adiestrar acerca de las directrices de archivos del Servicio Nacional de Salud, la Ley General que la ampara y las actividades a efectuar para la implementación de su Sistema Institucional; también, en dicho mes se efectuó un informe de Seguimiento a la ejecución del plan de mantenimiento de infraestructura y equipos (4.1.1.6.02) documento que desglosa las diversas actividades materializadas durante el primer cuatrimestre del año en curso.

Igualmente, se mostró un reporte mensual de la Actualización Subportales de Transparencia (4.1.1.7.01) el mismo especifica que el Cemadoja cumple con los requerimientos fijados en la Resolución 1-2018, la cual puntualiza que datos, en que formato y la fecha en la que se deben renovar, esto se ejecuta con el intención de impulsar la transparencia activa según lo que establece la ley 200-04 de Libre Acceso a la Información Pública; en adición a ello, se presentó un Informe de quejas y solicitudes de información (4.1.1.7.02) lo que evidenció que en el período de abril a junio del corriente año sólo se recibió una queja en el mes de mayo a través del sistema de Atención Ciudadana 311, de una paciente que visitó el centro, siendo tramitada automáticamente al área correspondiente, sin embargo, no lograron comunicarse con ella porque el número de contacto no estaba disponible.

En lo referente a la Conformación de los Comités vinculados a la OAI (4.1.1.7.03) de acuerdo a las indagaciones realizadas en el mes de abril el Cemadoja por el momento solo aplica para el Comité de Compras y Contrataciones, por tanto, como estaba estructurado se llevó a efecto su actualización. De igual modo, mensualmente se mostró un reporte de la Autoevaluación de los datos de producción de servicios (4.1.1.11.01) reflejando que los mismos no registraron irregularidades, debido al excelente sistema tecnológico con el que cuenta el centro para la recolección de las informaciones, no solo eso, el área de Estadística en conjunto con Auditoría de seguros médicos validó y verificó tanto de forma física como digital que la facturación de los servicios haya sido registrada de manera efectiva. Adicional a esto, se efectuaron todos los meses un registro digital del Reporte de producción de servicios (4.1.1.12.01) lo que permitió saber de una manera fidedigna la estadística de los usuarios que han hecho uso de nuestros servicios, el porcentaje total de los afiliados de la Seguridad Social, su nacionalidad y sexo.

Por lo que se refiere al Seguimiento a la implementación del Manual de Identidad Hospitalaria (4.1.1.18.01) en el mes de abril se mostró un reporte, cuya información reafirmó que el centro cumple con los requisitos contemplados en el formulario de inspección de señalización, tales como: Cartera de servicios visibles y actualizada, Áreas comunes señalizadas, Buzones de sugerencias en buenas condiciones y con formularios disponibles, entre otros. En ese mismo tenor, ya para junio se reprogramó la actividad Seguimiento a los indicadores comprometidos en la CCC (4.1.1.19.02) debido a que todavía estamos en proceso de recolección de las últimas evidencias que nos faltan para poder solicitar la resolución de aprobación; anterior a esto, en el mes de abril se efectuó la Elaboración del Plan de Mejora CAF (4.1.1.19.04) en este se tomaron en cuenta las siguientes acciones: Habilitar el área digital de la biblioteca y reacondicionar los salones multiusos, Propiciar el intercambio deportivo de los colaboradores, Coordinar acciones en apoyo a la familia y Monitorear el consumo de energía, etc.; además, se presentó en el mes de junio un informe de Seguimiento al plan de mejora CAF (4.1.1.19.05) reseñando que dentro de los puntos de mejora encontrados estuvieron: el incremento de las ARS, incorporándose a principio de año la Monumental de Seguros y así ofrecer una mayor cobertura en los servicios, igualmente fortalecer la comunicación dentro de la organización, actualizando el chat institucional y trabajando en la central telefónica, todo ello con el fin de obtener una excelente comunicación entre los colaboradores del centro, por último eficacia en las reuniones con las autoridades públicas, grupos de interés y de presión, mediante la participación de reuniones, a la vez que talleres impartidos por los organismos correspondientes, para inducciones, innovaciones, requerimientos y socialización de temas de interés.

En miras de fortificar la capacidad institucional por medio de la optimización de los procesos, empoderamiento de los recursos humanos, el trabajo en equipo, tecnologías de la información y la comunicación, así como de disponer de una estructura física en excelentes condiciones, en el mes de junio se llevó a cabo la Elaboración de Acuerdo de Evaluación Desempeño Institucional, alineado al plan de mejora CAF (4.1.1.19.06); asimismo, en ese mes se reprogramó el informe de Seguimiento a la Implementación de Sismap Salud (4.1.1.20.01) porque aún el centro está en espera de ser incluido en dicho sistema; cabe resaltar que mensualmente se confeccionó el informe, la Matriz de monitoreo interno y el Listado de participación en

el Monitoreo del POA 2022 (4.1.1.22.03) todo esto se ejecutó con la finalidad de enriquecer la oferta de los servicios que ofrece el Cemadoja a los pacientes en lo que a la calidad y eficiencia se refiere.

En lo concerniente a la mejora continua de la gestión económica de la red pública de salud durante los meses de abril hasta junio se efectuó la Elaboración de los estados financieros y sus notas de referencia (4.1.2.1.01); de igual modo, se mostró mensualmente un informe del Análisis del comportamiento de pago (4.1.2.1.02) a fin de determinar la situación financiera en ese lapso de tiempo, observando que las cuentas por pagar a proveedores que componen parte de los pasivos se mantuvieron con balance en cero (0), teniendo una disminución de un 100% comparados con los balances del mismo periodo de años anteriores, esto fue gracias a la óptima tramitación en la programación de los pagos y ejecuciones; también, se hizo un informe mensual del Análisis de Gestión de Tesorería (4.1.2.1.03) donde se desglosan los egresos consumados, a la vez que los ingresos percibidos por las ventas de servicios de imágenes mediante efectivo y tarjetas de Débito/Crédito (VISANET); igualmente, se elaboró un reporte trimestral del Seguimiento al cumplimiento del Sub-Indicador de Correcta Publicación Presupuestaria (IGP) en los CEAS de Autogestión (4.1.2.1.04) todo esto se materializó con el propósito de asegurar la prestación de servicios en salud con oportunidad y eficiencia.

En virtud de que el Cemadoja procura disminuir o mejor dicho mantener bajos niveles de glosa, se presentaron informes mensuales de Auditoría de los expedientes clínicos (4.1.2.3.01) en el cual se desglosan las condiciones que se deben cumplir a la hora de hacer el proceso de auditoría desde el inicio hasta el final; más adelante, en los meses de abril a junio se hicieron minutas acerca de la Socialización de los principales hallazgos de las auditoria y reportes de glosas (4.1.2.3.02); después, mensualmente se realizó la Elaboración de acuerdo con acciones de mejora a partir de los hallazgos de las glosas para la disminución de objeciones médicas y administrativas (4.1.2.3.03); de igual modo, en los meses de abril a junio respectivamente se llevó a cabo un reporte de Seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora (4.1.2.3.04) y se presentó un reporte mensual del Análisis del comportamiento de la facturación (4.1.2.3.05) todo ello se pone en marcha con el fin de mejorar la sostenibilidad de las operaciones financieras del centro para maximizar las fuentes de ingresos y así responder satisfactoriamente a la alta demanda de pacientes, siempre con la calidad que se amerita.

Por otro lado, en el mes de junio se efectuó un informe de la Actualización de inventarios (4.1.2.4.01) en el mismo se alega que al momento de hacer la gestión de administración de los activos fijos del centro se deben agotar ciertos requisitos, los cuales fueron implementados satisfactoriamente en el período Enero a Junio 2002, recalando que el registro de activos se realiza por medio de las normas establecidas por la Dirección General de Contabilidad Gubernamental (DIGECOG); en ese sentido, se confeccionó en dicho mes un informe de la Auditoría de cumplimiento de las políticas de administración de bienes en el EESS (4.1.2.4.02) y también se presentó mensualmente un Reporte oportuno de la liquidación de fondos y rendición de cuentas (4.1.2.6.01) permitiendo así tener un mayor control de los gastos, cumplir con la transparencia de la ejecución de los pagos provenientes de la fuente de financiamiento, implementar el sistema de administración de bienes y minimizar las deudas contraídas.


Con la finalidad de contribuir con el despliegue del Plan de Responsabilidad Social Institucional del SNS en el mes de junio se mostró un reporte de la Campaña de protección del Medio Ambiente (interna y externa) (4.1.3.3.01) donde se detalla que fue recibida una colaboración de 500 unidades de plantas ornamentales, las cuales fueron sembradas en los alrededores del centro para así poder aprovechar cada uno de los beneficios que estas nos ofrecen, como por ejemplo: proporcionar purificación del aire urbano y reducir la contaminación ambiental.

En conclusión, durante el segundo trimestre del año fueron llevadas a cabo exitosamente todas las actividades proyectadas en el Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico Japonesa (CEMADOJA) esto fue factible gracias al seguimiento directo para que cada una se ejecuten según los parámetros instituidos por las autoridades competentes.

ACUERDOS Y/O RECOMENDACIONES SEGÚN HALLAZGOS

- ❖ Velar para que las evidencias estén en el formato estandarizado y cuenten con las firmas, a la vez que los sellos correspondientes.
- ❖ Monitorear que las ejecuciones de las actividades sean en la fecha especificada en la matriz del POA 2022.

RESPONSABLES

Elaborado por:	<p>Licda. Katiana Indhira Pérez Gómez Enc División de Planificación y Desarrollo</p> 
Entregado a:	<p>Dra. Glendis Ozuna Feliciano Directora CEMADOJA</p> 
Firma y sello de recibido:	

