

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

Dirección o Departamento: DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

Fecha	07 de Octubre 2022
--------------	--------------------

TEMA OBJETIVO DEL INFORME

INFORME DE LOGROS Y SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL 2022 TRIMESTRE
JULIO – SEPTIEMBRE

DESARROLLO DEL INFORME

El Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico-Japonesa (CEMADOJA) concerniente al período Julio - Septiembre 2022 fue puesto en marcha por recomendaciones del Servicio Nacional de Salud (SNS), en el cual se compendian las diversas actividades proyectadas en el tercer trimestre del presente año, igualmente se enumeran los resultados que se pretenden lograr y se plasman los medios de verificación en el formato estandarizado que las amparan, tal como se expone a continuación.

Con el propósito de asegurar la implementación de las acciones instauradas en el plan de la Metodología de Gestión Productiva y verificar su porcentaje de cumplimiento, en el mes de septiembre se presentó un informe sobre la Ejecución del mismo, haciendo un monitoreo directo en las diferentes áreas de mejoras identificadas, en este se confirmó que fueron colocados los tres toldos en la entrada del centro para que así los pacientes se sientan más cómodos y no estén expuestos al sol, ni se vean afectados por la inclemencia del tiempo. Cabe resaltar que con esta iniciativa se busca proteger la estructura física del Cemadoja y del mobiliario de esta área, a fin de extender su vida útil (1.1.1.6.03).

En miras de acrecentar la capacidad de respuesta que facilite la disminución de la tasa de fallecimiento procedentes de las emergencias y desastres, mediante la detección, planificación y atenuación de los eventos que suponen riesgos, a la vez que amenazas, en septiembre se efectuó una Reunión de coordinación del plan Hospitalario de Emergencias en salud pública y desastres naturales con jefes y encargados comité de emergencias (1.1.5.2.02); además, en el mes antes mencionado se hizo un Simulacro para probar la

funcionabilidad de los Planes de Emergencias y Desastres Hospitalarios (1.1.5.2.03) mostrando un informe que detalla algunos aspectos que se deben considerar mientras se materializa un simulacro como son: conocer las rutas de salida, escaleras, vías de escape y punto de encuentro, no empujar ni gritar y obedecer la voz del brigadista de piso, usar las escaleras y si la persona no puede salir del edificio, se le sugiere acercarse a una ventana y gritar, etc.

Por otro lado, se realizaron reportes mensuales acerca de las Encuestas diarias de satisfacción de usuarios en la plataforma digital (1.2.1.3.01); en adición a ello, en septiembre se creó un informe de Seguimiento a la Implementación de los planes de mejora (1.2.1.3.03) donde se especificó que una de las medidas empleadas para disminuir el tiempo de espera en resonancia y el tiempo de espera en resultados, fue la instalación en el área de Resonancia Magnética de un letrero informativo, como una forma de comunicar al paciente sobre la duración de cada estudio, a todo esto el Encargado de la División de Servicio de Atención al Usuario Licdo. Carlos Chalas coordinó con los técnicos del área en cuestión las acciones pertinentes para mantener la optimización de los servicios prestados; también 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) es bueno destacar que la concretización de estas actividades tiene como objetivo el desarrollo y la conservación de un modelo de evaluación de la entrega de los servicios sanitarios con carácter igualitario y libre de discriminación, que impulse por medio de la continua retroinformación la generación de mejores resultados en materia de salud.

Con la finalidad de fortalecer la calidad de la atención en salud, se llevó a cabo en septiembre una Reunión de trabajo para la vigilancia y control de las IAAS (1.2.2.1.02) en este encuentro se priorizaron los temas de manejo de desecho y la adquisición de vacunas para DT y Hepatitis B, de igual modo se conversó acerca del avance en la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) en el centro, evidenciando que hasta el momento no se han presentado ningún caso; además en ese mes, se efectuó un reporte de la Implementación del formulario de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria (1.2.2.1.03) donde se manifiesta que se sigue supervisando el uso del Equipo de Protección Personal (EPP), la identificación del riesgo en áreas de mantenimiento, recuperación e higienización; previo a ello, en el mes de julio se procedió con la Elaboración de los planes de mejora para la bioseguridad hospitalaria (1.2.2.1.04) en este se precisan actividades como: la solicitud de componentes del Equipo de Protección Personal (EPP) necesarios, completar esquema de vacunación del personal de nuevo ingreso y capacitación del proceso de

Formulario Informe

GC-FO-002 Versión: 01
Fecha de aprobación: 25/06/201

recolección, clasificación y disposición de desechos sólido y peligroso; más adelante, en el transcurso de agosto se confeccionó un informe de Evaluación de la ejecución de los planes de mejora bioseguridad hospitalaria (1.2.2.1.05) saliendo a relucir que se están cumpliendo con las acciones contempladas en el plan, fruto de la vigilancia a los aspectos técnicos y no técnicos, que reducen el riesgo de la seguridad del paciente y de los resultados esperados.

En otro orden de ideas, para septiembre 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) debido a que el centro no posee los instrumentos de seguimiento de sus servicios o protocolos, porque aún no están listo por parte del Servicio Nacional de Salud (SNS); anterior a esto, durante el mes de agosto se hizo un informe sobre la Evaluación de la ejecución de los planes de mejora de hostelería (1.2.2.4.04) en este documento se describe, que se obtuvieron favorables resultados tanto del cumplimiento de las normas de bioseguridad como del procedimiento de recolección y transporte interno de los desechos biológicos, gracias a la elaboración de la lista de verificación; al unísono la epidemióloga del centro Dra. Yenni Gil ejecutó una capacitación dirigida a los colaboradores del área de higienización, enumerando las medidas que estos deben de utilizar a la hora de manejar los desechos hospitalarios, el uso de la ruta sanitaria y la protección que esto requiere.

Seguidamente, en los meses de julio, agosto y septiembre 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) puesto que la plataforma no dejaba visualizar los reportes y para dar respuesta a esta situación el Servicio Nacional de Salud (SNS) tomó la decisión de generarlos al corte de cada mes a los hospitales de las diversas regionales y así estos puedan culminar con esta actividad en tiempo oportuno; asimismo, mensualmente se preparó un reporte de Notificación oportuna de las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica (1.2.2.4.01) este engloba datos del proceso a seguir al momento de comunicar acerca de las enfermedades en el Sistema de información de la Dirección Nacional de Epidemiología y se cita que a partir de la segunda semana de junio no se realizan pruebas del COVID-19 al SINAVE.

En procura de garantizar la atención integral con calidad y oportunidad, por medio de la coordinación clínica y asistencial de los servicios de salud, se elaboraron informes mensuales de la Gestión de los buzones de sugerencias (2.2.1.1.01); de igual modo, todos los meses se efectuaron informes sobre la forma de Gestionar

las QDSR de los usuarios canalizando, hasta dar respuesta al mismo (2.2.1.1.02) en la que se examinaron las plantillas facilitadas en el acta de apertura de los buzones, a la vez se puntualizó que las quejas percibidas fueron gestionadas a las autoridades correspondientes y se pusieron en funcionamiento las medidas de subsanación convenientes; después, se presentó un informe en los meses comprendidos entre julio y septiembre del Seguimiento a la actualización de la cartera de servicios del establecimiento (2.2.1.1.03) evidenciando que la misma se mantiene en constante renovación, a través de la afiliación de servicios conforme a los criterios instaurados por el Servicio Nacional de Salud (SNS) y se indicó de manera simultánea los horarios fijados para ofrecer los servicios de imágenes, aportando con esto a la conexión de la red pública de salud.

Como una forma de contribuir con la gestión integrada y articulada de las redes públicas, con actores incorporados en el centro, teniendo un enfoque multisectorial y colaboración con una sociedad consolidada, que suscite un ambiente propicio para la cobertura y acceso a los servicios de salud fue que en septiembre se requirió un acta de Conformación y/o reestructuración de los Comités Hospitalarios (2.2.2.2.01) siendo actualizado el Comité de apertura de buzones.

Con respecto a la Gestión de la habilitación de todos los servicios que ofertan en el EESS (2.2.3.1.01) y a requerimiento de las altas instancias, en el mes de septiembre se realizó un reporte que certifica que el Cemadoja está apto para brindar los servicios de salud, en común validez con la vigencia de la Licencia de Habilitación hasta el 10 de julio del año 2024, en cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos, en cuanto a instalaciones físicas, equipos, personal, organización y funcionamiento, garantizando al usuario un nivel de atención adecuado, incluso en caso de desastres, apegados a las actuales normativas del país.

En lo referente a la Ejecución del Plan de capacitación 2022 (3.2.1.1.01) mensualmente se crearon listados de participación donde se citaron los temas que señalaremos más adelante: Salud Mental, Evacuación y Emergencia, Inducción de Personal, Taller de Primeros Auxilios y Encuesta del Clima Laboral; por tal motivo, en el mes de septiembre se hizo un reporte de Seguimiento a la ejecución del plan de capacitación 2022 (3.2.1.1.02) a fin de intensificar las competencias y destrezas de los colaboradores, en consonancia con la complejidad de sus funciones, las necesidades de atención en salud de la población y los compromisos del sector.

Formulario Informe

GC-FO-002 Versión: 01
Fecha de aprobación: 25/06/201

Con el fin de intensificar las habilidades, competencias e iniciativas de los colaboradores, conforme a la complejidad de sus tareas, en el mes de septiembre se tenía planeado implementar el reporte de Detección de necesidades de capacitación por departamento – plan 2023 (3.2.1.1.03) más, sin embargo, fue reprogramada para noviembre, ya que el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) todavía no ha dado respuesta sobre la actualización de los instrumentos para la materialización de esta actividad.

Por otra parte, en el mes de julio se reprogramó el informe de la Encuesta del clima laboral (3.2.2.3.01) puesto que Cemadoja la realizó el año pasado, por tanto, no aplica para ser efectuada durante el 2022; a causa de ello, en agosto también se reprogramó la Elaboración del plan de mejora (3.2.2.3.02); de modo que, el informe que se confeccionó en septiembre acerca de la Implementación del plan de mejora de la encuesta del clima laboral ((3.2.2.3.03) fue en base al creado el año pasado, el cual se le ha estado dando monitoreo directo desde el día uno hasta la fecha, notando un aumento en la satisfacción del personal y su sentido de pertenencia hacia la institución.

En virtud, de desarrollar y poner en práctica las fases de la gestión vinculados con la seguridad y salud de los colaboradores en su ambiente laboral fue que en septiembre se mostró un reporte de la Implementación del proceso de Auditoría Médica (3.2.3.1.01); igualmente, en ese mismo mes se hizo la Elaboración del reporte y seguimiento del personal pasivo por enfermedad (3.2.3.1.02) donde se refleja que en el período julio a septiembre se reportaron: 33 colaboradores de vacaciones, 37 de permisos y 28 de licencias, algunas de estas ausencias se debieron a los siguientes factores: nacimiento de hijo, trauma de muñeca izquierda, hernia lumbar discal, cirugía del tercer molar superior, etc.

Por otro lado, en el mes de agosto se llevó a cabo la Ejecución de las sesiones del Comité de Calidad del CEAS (4.1.1.5.01) en esta reunión la Licda. Katiana Pérez Enc. de la División de Planificación y Desarrollo dijo, que se completaron los indicadores del ranking hospitalarios, los cuales fueron cumplidos de acuerdo con la naturaleza del centro, pero no se participó en el concurso porque no contamos con el área de hospitalización, de su parte la Licda. Julissa Bautista Enc. de la Sección de Calidad en la Gestión alegó, que en lo referente a la Carta Compromiso al Ciudadano solicitará una plantilla al Ministerio de Administración Pública (MAP) que se ajuste a las necesidades del Cemadoja para de esta manera poder medir los atributos de calidad por servicio; además, en ese mes se realizó un informe de Seguimiento a la ejecución del plan de

mantenimiento de infraestructura y equipos (4.1.1.6.02) documento que define las diferentes actividades aplicadas en el tercer trimestre del año 2022.

Igualmente, se mostró un reporte mensual de la Actualización de los Subportales de Transparencia (4.1.1.7.01); anejió a ello, todos los meses fue creado un Informe de quejas y solicitudes de información (4.1.1.7.02) en este se verifica que el lapso de tiempo de julio – septiembre respectivamente fue recibida en esa oficina cuatro solicitudes de información pública a través de la plataforma SAIP, al unísono, se recibió una queja mediante el sistema de Atención Ciudadana 311, de un paciente que visitó el centro, siendo ambas tramitadas automáticamente al área correspondiente y respondidas satisfactoriamente dentro del plazo establecido; a todo esto, mensualmente se presentó un reporte de la Autoevaluación de los datos de producción de servicios (4.1.1.11.01) arrojando que una de las medidas empleadas para auditar los reportes es: comparar y validar los datos de manera permanente, confirmando las informaciones proporcionadas por el sistema proporcionado a las áreas de ITC, Estadística y Auditoría de Seguros Médicos, no solo eso, a la vez monitorizar frecuentemente y responder idóneamente cualquier indicador de hallazgo; incluso todos los meses se hizo un registro digital del Reporte de producción de servicios (4.1.1.12.01); allende, en el mes de agosto se hizo un reporte de Seguimiento a la implementación del Manual de Identidad Hospitalaria (4.1.1.18.01) cuyos datos reafirman que el Cemadoja cumple con los requerimientos contemplados en el formulario de inspección de señalización, tales como: asientos suficientes en las salas de espera, deberes y derechos de los usuarios plasmados en tamaño legible y personal identificado/uniformado, entre otros.

En otro orden de ideas, para el mes de agosto se reprogramó la Implementación de CCC (4.1.1.19.01) esto se debió a que el centro aún no entra en los hospitales priorizados para la ejecución de la Carta Compromiso al Ciudadano en el 2022; en consecuencia, fue aplazado en septiembre un reporte de Seguimiento a los indicadores comprometidos en la CCC (4.1.1.19.02); a todo esto, en agosto se elaboró un informe de Seguimiento al plan de mejora CAF (4.1.1.19.05) reseñando que se hizo un intercambio deportivo con los colaboradores del centro para contribuir con el esparcimiento y reforzar las relaciones interpersonales, realizando juegos de mesa como: el dominó y el ajedrez, entregando medallas de reconocimiento a los ganadores del primer y segundo lugar; también en ese mismo mes, fue reprogramado el informe de Seguimiento a la Implementación de Sismap Salud (4.1.1.20.01) puesto que el Cemadoja todavía no entra en los hospitales priorizados para su implementación en este año; en relación a eso, en el mes de julio se llevó a efecto una minuta del Cumplimiento mínimo en los indicadores del ranking hospitalarios (4.1.1.20.02); de la

misma manera, en dicho mes se hizo la Elaboración del Plan operativo Anual y Presupuesto Institucional (4.1.1.22.01); igualmente, en el mes antes indicado se confeccionó el Plan Anual de Compras y Contrataciones (4.1.1.22.02); también, se mostraron informes mensuales del Monitoreo del POA 2022 (4.1.1.22.03) todo esto se pone en marcha, con el propósito de potencializar la capacidad institucional por medio de la optimización de los procesos, capacitación del personal, organización interna, tecnologías de la información y la comunicación e infraestructura física y así mantener la mejora constante de la cartera de servicio a la población en términos de calidad y eficiencia.

A fin de conservar el crecimiento financiero de la Red del Servicio Nacional de Salud (SNS) durante los meses de julio hasta septiembre se procedió con la Elaboración de los estados financieros y sus notas de referencia (4.1.2.1.01); además, mensualmente se presentaron informes sobre el Análisis del comportamiento de pago (4.1.2.1.02); en adición a ello, todos los meses se hicieron informes del Análisis de Gestión de Tesorería (4.1.2.1.03); al igual, que reportes de Seguimiento al cumplimiento del Sub-Indicador de Correcta Publicación Presupuestaria (IGP) en los CEAS de Auto Gestión (4.1.2.1.04); incluso, se mostraron informes mensuales de Auditoría de los expedientes clínicos (4.1.2.3.01); asimismo se hizo una reunión de Socialización de los principales hallazgos de las auditoria y reportes de glosas (4.1.2.3.02) como una forma de mantener en cero las objeciones médicas y de esta forma asegurar la rentabilidad económica del centro.

En ese mismo tenor, desde julio a septiembre se hizo 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, todos los meses se mostraron reportes de Seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora (4.1.2.3.04); encima de esto, mensualmente se presentaron reportes sobre el Análisis del comportamiento de la facturación (4.1.2.3.05); adicional a esto, en el mes de septiembre se efectuó un informe de la Auditoria de cumplimiento de las políticas de administración de bienes en el EESS (4.1.2.4.02); también, todos los meses se elaboraron reportes oportuno de la liquidación de fondos y rendición de cuentas (4.1.2.6.01) con estas actividades el Cemadoja pretende mantener un control de los gastos, sanear las deudas contraídas y maximizar las diversas fuentes de financiamiento en miras de garantizar la prestación de servicios en salud con oportunidad y eficiencia.

Desde otro punto de vista, para el mes de septiembre se hizo un reporte de la Campaña de protección del Medio Ambiente (interna y externa) (4.1.3.3.01) en este se relata que se impartió una charla con el tema: Mis Residuos, Mi Responsabilidad, donde se informó de cómo hacer un uso racional o mejor dicho un manejo

Formulario Informe

GC-FO-002 Versión: 01
Fecha de aprobación: 25/06/201

adecuado de los residuos como una forma de aportar un granito de arena a la protección de nuestros recursos naturales y a raíz de esto prolongar la calidad de vida de los seres humanos, a la vez que apoyar la iniciativa del Plan de Responsabilidad Social Institucional por parte del Servicio Nacional de Salud (SNS).

En resumidas cuentas, durante el tercer trimestre del año fueron ejecutadas de manera exitosa cada una de las actividades programadas en el Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico Japonesa (CEMADOJA) esto fue posible gracias al monitoreo permanente para que se concreticen de acuerdo a los lineamientos fijados por las autoridades correspondientes.

ACUERDOS Y/O RECOMENDACIONES SEGÚN HALLAZGOS

- Mantener el monitoreo constante para seguir cumpliendo con la entrega oportuna de las evidencias del POA 2022.
- Supervisar que los medios de verificación empleados estén en el formato estandarizado para esos fines.

RESPONSABLES

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