

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

Dirección o Departamento: DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

Fecha

09 de Octubre 2024

TEMA OBJETIVO DEL INFORME

**INFORME DE LOGROS Y SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL 2024 TRIMESTRE
JULIO – SEPTIEMBRE**

DESARROLLO DEL INFORME

A continuación, se revelan todas las actividades planificadas y realizadas del Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico-Japonesa (CEMADOJA) durante el 3er trimestre del presente año, en los meses de Julio a Septiembre 2024, las mismas fueron llevadas a cabo por recomendaciones del Servicio Nacional de Salud (SNS), pormerizando a la par, los resultados que se desean conseguir y los medios de verificación utilizados.

Con miras, de incrementar la capacidad de respuesta que ayude a reducir la morbi-mortalidad resultantes de las emergencias y desastres, a través de la detección, preparación y amortiguación de los eventos que suponen riesgos y amenazas, bajo un enfoque multisectorial fue que en el mes de agosto se hizo la Reunión del comité de emergencias para socialización del Plan Hospitalarios Emergencias de salud pública y desastres naturales con el personal del hospital (1.1.5.2.02) en la cual la Doctora Glendis Ozuna Directora del CEMADOJA expresó, que históricamente la República Dominicana ha sido afectada por fenómenos naturales y antrópicos los que han generado situaciones de emergencias y/o desastres, ocasionando daños a la vida, al medio ambiente, la infraestructura, la economía y afectando directa o indirectamente la salud de la población, así como su infraestructura sanitaria y la prestación de los servicios de salud; luego de esto, para septiembre se organizó un Simulacro para probar la funcionabilidad de los planes de Emergencias y Desastres Hospitalarios (1.1.5.2.03) con estas acciones lo que se intenta es contribuir a la integridad física y seguridad de las personas.

A fin, de acrecentar un modelo de evaluación de la entrega de servicios sanitarios con carácter igualitario y libre de discriminación, que suscite por medio de la continua retroalimentación, la generación de mejores resultados en materia de salud fue que durante el mes de septiembre se concretizó la Autoverificación de cumplimiento formulario de inspección de Habilitación en los servicios de la cartera de servicios (1.2.1.4.01); igualmente, todos los meses se procedió a Realizar la encuesta de satisfacción a los usuarios en la Plataforma Digital (1.2.1.4.03); incluso, se hizo en el mes antes citado el Seguimiento a la implementación de los planes de mejora de los EES (1.2.1.4.05); a la par, mensualmente se creó un informe sobre Gestionar los Buzones de sugerencias (1.2.1.4.08) con el objetivo de establecer los lineamientos y la metodología para tramitar las quejas, denuncias y/o reclamaciones, sugerencias y recomendaciones para ser evaluadas y subsanadas de forma eficiente y eficaz, procurando con ello satisfacer las necesidades e inquietudes de los usuarios.

También, en los meses de julio a septiembre se entregó una minuta mensual de las Reuniones del Comité de mejora Continua de calidad en la atención y seguridad del paciente para establecer avances, logros, resultados e indicadores (1.2.1.5.01) donde el Licdo. Edwin Manzueta Encargado de la División Técnica Radiológica aludió, que continua con el monitoreo constante de los dosímetros, por su lado, la Dra. Yudith Hernández dijo, que en el área de evaluación para la administración del medio de contraste, se llenaron frecuentemente los formularios de autorización y cuestionario para antecedentes alérgicos, a la vez, se indicaron la premedicación a los pacientes con antecedentes alérgicos, reduciendo con esto el riesgo de complicación al 100% y se prosigue orientando a los usuarios al momento de la preparación previa para hacerse algunos estudios de imágenes; al unísono, en septiembre fue reprogramada la Capacitación de Protocolos Clínico MSP a médicos generales, especialistas, residentes, bioanalista, enfermeras y Psicólogos que apliquen a cartera de servicio y al protocolos (1.2.1.5.03) esto se debió, a que por la naturaleza del CEMADOJA no aplica para realización de esta, ya que es un Centro de Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio; antes de esto, en el mes de julio fue facilitado el formulario de Autoevaluación del comité de mejora continua de la calidad en la atención y seguridad del paciente (1.2.1.5.04).

Además, de manera mensual se hicieron las Reuniones del Comité de control y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) (1.2.1.5.05) en la cual la Dra. Yenni Gil Encargada de la División de Epidemiología especificó, que se tiene planificado vacunar para la influenza estacional, en cuanto se tengan

disponibles las vacunas, por parte del área IV de salud; a la vez, en el transcurso del mes de septiembre se elaboró un informe de la Capacitación en Lavado e Higiene de Manos, dirigido a todo el personal del EES (1.2.2.3.01); inclusive, todos los meses se hicieron Reuniones del Comité de Bioseguridad Hospitalario (1.2.2.3.06) saliendo a relucir lo siguiente: la Encargada de Higienización Sra. Danisa Del Valle externó, que su personal se adhirió al uso de los paños de limpieza de diferentes colores según área, de igual modo, la Licda Alba Ramón Encargada del Laboratorio Clínico puntualizó, que los pocos casos de VIH positivo encontrados, los pacientes ya tenían conocimiento de su diagnóstico y estaban en un programa de atención integral y recibiendo medicamentos; alusivo, a lo anterior, en el mes de agosto se ejecutó la Capacitación en la Guía de Limpieza y Desinfección de superficies Hospitalarias del Ministerio de Salud, dirigido al personal de Limpieza del EES (1.2.2.3.07) donde la Dra. Yenni Gil Encargada de la División de Epidemiología sostuvo un encuentro con el personal de Higienización para presentar una Guía, recalcando que la finalidad de esta es estandarizar los procedimientos de limpieza y desinfección en los establecimientos de salud y mantener condiciones óptimas de higiene y bioseguridad, a la par que, prevenir las IAAS en pacientes, visitantes y personal de salud.

Referente, a los informes que se mostraron en los meses de julio, agosto y septiembre respectivamente sobre la Implementación de los procesos de Bioseguridad Hospitalaria (1.2.2.3.08) los hallazgos generales exteriorizaron, que en el Centro se supervisa la manera en que se aplican dichos procesos, según los servicios que se presentan, teniendo como propósito que las medidas sean efectuadas de forma correcta; añadiendo a ello, que se logró la colocación del letrero temporal del depósito de basura y el uso constante de los paños de limpieza de colores para fines de clasificación y que se continúa capacitando con la guía de limpieza y desinfección provista por el Ministerio de Salud Pública; a todo esto, en el mes de septiembre se hizo la Elaboración de los planes de mejora a partir de los resultados de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria (1.2.2.3.09); en ese mes, también se concretizó el Seguimiento a los planes de mejora de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria (1.2.2.3.10); simultáneamente, en el mes de julio fue solicitado al Servicio Nacional de Salud (SNS) la exclusión de la actividad Notificación oportuna de las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica (1.2.2.3.11), ya que al CEMADOJA ser un Centro de Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio no aplica para la puesta en funcionamiento de la misma.; igualmente, en el mes de septiembre se realizó la Aplicación de Bioseguridad en CEAS (formulario DCH-FO-035) (1.2.2.3.12); allende, en el mes antes aducido se suministró un reporte de la Supervisión de la ruta sanitaria

en el EES (1.2.2.3.13); juntamente, en los meses de julio hasta septiembre se ejecutaron Automonitoreos de las medidas de políticas de bioseguridad hospitalarias (1.2.2.3.14) todo esto se efectuó en cumplimiento a la Implementación del Programa de Bioseguridad Y Vigilancia Epidemiológica en los Establecimientos de Salud.

Con la intención, de contribuir con la mejora permanente de los servicios de hostelería hospitalaria fue que en el mes de julio se efectuó la Socialización del manual de procedimiento de hostelería hospitalaria (1.2.2.4.01) escrito que tiene el objetivo garantizar que los servicios de la red pública de salud se presten en espacios con ambientes agradables, humanizados y enfocados en el confort del usuario; posterior a ello, para el mes de agosto se facilitó el informe Implementación del procedimiento de hostelería hospitalaria (1.2.2.4.02) documento que relata, que los procesos de gestión de actividades utilizan como herramientas de planificación un plan de mejora y esto permite fortalecer todas las debilidades que se exhiben en las actividades departamentales, a su vez, este plan busca cronometrar las actividades que se necesitan consumir y se colocan responsables encargados de dicha ejecución.

En ese orden de ideas, durante los meses de julio hasta septiembre se Gestionaron los QDSR de los usuarios, canalizando hasta dar respuesta al mismo (1.2.2.5.01); conjuntamente, se proporcionó mensualmente un reporte de Seguimiento a la actualización de las carteras de servicio de los establecimientos (1.2.2.5.02); paralelamente a esto, se reveló un reporte sobre Organizar las citas a consultas externas para que todos los usuarios lleguen con una consulta programada (1.2.2.5.03) estas iniciativas lo que buscan es elevar el nivel de satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios públicos de salud.

Con la finalidad, de contar con una gestión integrada y articulada de las redes públicas de servicios de salud, con actores involucrados en la organización, trámite y atención de servicios de salud con orientación y participación intra e intersectorial y colaboración social consolidada, que fomente un ambiente próspero para la cobertura y acceso a los servicios de salud fue que en septiembre se hicieron las Sesiones de los comités hospitalarios (2.2.2.1.01) minuta donde la Licda. Julissa Bautista Encargada de la Sección de Calidad en la Gestión dijo, que fueron seleccionados los hospitales a trabajar en este 2024 con las Normas Básicas de Control Interno (NOBACI) y que CEMADOJA queda pendiente de ser notificada por la Contraloría General

de la República e indicó, que el proceso de la Elaboración de la Carta Compromiso y el SISMAP Salud continua en la espera de ser priorizado por el Servicio Nacional de Salud (SNS).

Por otra parte, en el mes de septiembre se realizaron Secciones de trabajo para revisar los requerimientos de solicitudes de novedades (3.1.1.1.01); agregando a ello, las Secciones de trabajo para identificar causas de rotación en los establecimientos de salud ((3.1.1.1.02) todo esto ayuda a vigorizar el Subsistema de Reclutamiento y Selección y por consiguiente, reducir las divergencias en la disponibilidad del personal médico especializado y personal licenciado en enfermería que constan en los distintos niveles de la institución.

Concerniente, a la Ejecución del Plan de Capacitación SRS-2024 (3.2.1.1.01) la División de Recursos Humanos se encarga de planificar los adiestramientos del personal de CEMADOJA, de acuerdo a lo plasmado en el plan, durante el periodo julio-septiembre se hicieron algunas formaciones impartidas por el Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP) tales como: Gerencia Empresarial, Relaciones Humanas y Limpieza Empresarial; anexando, el reporte de Detección necesidades de capacitación por departamento SRS y CEAS-Plan 2025 (3.2.1.1.02); igualmente, en el mes de julio se hizo una minuta de Seguimiento a la evaluación de desempeño 2024 (3.2.1.2.01); luego de ello, en septiembre se llevó a cabo la Encuesta de clima laboral o Desarrollo Plan de Clima Laboral, (Según aplique) (3.2.1.2.03); agregando a esto, el Seguimiento al Registro y Control de solicitudes de Seguros Médicos para Padres (3.2.1.3.01); además, en dicho mes se hizo el reporte de Implementación del Proceso de Auditoría Médica (3.2.1.3.02); a la par, se efectuó la Elaboración de reporte y seguimiento de incidentes laborales (3.2.1.3.03); en conjunto, se completó la Elaboración de reporte y seguimiento del personal pasivo por enfermedad (3.2.1.3.04); al unísono, se materializó el Registro de subsidio por enfermedad común (3.2.1.3.05) y, por último, se entregó el reporte acerca de la Instrumentación de expedientes de pago de prestaciones laborales y desvinculaciones (3.2.1.3.07). Cabe destacar que estas actividades se ejecutan con el fin de perfeccionar y aumentar las habilidades profesionales de los colaboradores.

Con el propósito, de robustecer la capacidad institucional a través del perfeccionamiento de los procesos, potenciación de los recursos humanos, articulación interna, tecnologías de la información y la comunicación, e infraestructura física fue que en el mes de septiembre se creó un informe sobre la Implementación de mejora

en la gestión documental en EL CEA (4.1.1.2.01); a todo esto, tenemos que por instrucciones del SNS fue solicitado la eliminación del POA de la actividad: Auditoría de cumplimiento de las políticas de administración de bienes en EES (4.1.1.2.03) de los Hospitales, puesto que solo es de la competencia de los SRSM; adicionando a esto, la Actualización de los portales web (4.1.1.3.01) en el mes antes citado, evidenciando que se cometieron diez (10) publicaciones en la sección de noticias de la página web; al mismo tiempo, que los Soportes de incidencias tecnológicas atendidas (4.1.1.3.02) reporte que ostentó que fueron asistidas un total de 1,720 solicitudes de soporte y asistencia técnica a los usuarios de los recursos tecnológicos del CEMADOJA, de estos 1,708 fueron resueltas exitosamente y solo 12 quedaron pendientes; simultáneamente, en ese mes se hizo un reporte del Inventario de activos tecnológicos (4.1.1.3.03).

Respecto, al Seguimiento del Plan de Mantenimiento preventivo en el ESS (4.1.1.4.02) el Ing. Manuel Vizcaíno Encargado de la División de Servicios Generales elaboró un informe en el transcurso del mes de julio, donde se visualizaron los mantenimientos de equipos médicos y equipos de laboratorio realizados hasta la fecha, al igual que las actividades de mano de obra, como: pintura de paredes, instalaciones, fumigación, entre otros. Es bueno mencionar que esto se concretizó con la intención de preservar el buen estado de la planta física, la infraestructura y los equipos tecnológicos de la Organización.

Con el objetivo, de mejorar la oferta Institucional a la población en términos de calidad y eficiencia fue que en el mes de julio se hizo la Elaboración del plan de mejora CAF (4.1.1.17.04) cristalizando las siguientes acciones de mejora: Realizar campaña sobre los derechos de las personas con discapacidad, Constituir el Comité de Responsabilidad Social, Actualizar el Sistema de Gestión (PACS), Gestionar chat del CEMADOJA y Crear nuevo sistema del correo institucional; seguidamente, en agosto se procedió con la Firma de Acuerdo de Evaluación Desempeño Institucional alineado al plan de mejora CAF (solo aplica si hay cambio de MAE) (4.1.1.17.07); en el mismo mes, se hizo la Ejecución de las Sesiones del Comité de Calidad del CEAS (4.1.1.17.08) donde la Licda. Julissa Bautista Encargada de la Sección de Calidad en la Gestión externó, que fueron entregadas con éxito y confirmadas por la Licda. Núñez Analista del Ministerio de Administración Pública (MAP) las actividades que se reflejan a continuación: La Guía de Autodiagnóstico CAF, El Sistema Afinado de puntuación 2024, La conformación y actualización del Comité de Calidad Institucional, El seguimiento al Plan de Mejora CAF del año anterior y el Plan de Mejora CAF Julio-

Diciembre 2024, en la cual se acordó la Elaboración del Plan de Mejora CAF 2025, velar por el cumplimiento de las tareas plasmadas y dar seguimiento a las actividades pendientes en el Plan de Mejora CAF Julio-Diciembre 2024.

A fin, de vigorizar el Sistema Institucional de Planificación, Monitoreo y Evaluación fue que en los meses de julio y agosto se pretendió hacer la Elaboración del Plan Operativo Anual 2025 (4.1.1.10.01) siendo esta reprogramada por sugerencias del Servicio Nacional de Salud (SNS), dado que recibieron los lineamientos del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) para la elaboración de la actualización del PEI 2025-2028 del SNS y la Dirección Central, al igual que todas las dependencias de la Red Pública de Salud, deben ajustarse al calendario de Planificación, por lo que se estará informando más adelante la fecha de programación para el POA 2025, la cual tentativamente podría ser para noviembre; conjuntamente, en el mes de julio se efectuó el Seguimiento al reporte ejecución Metas Físicas y Financieras en el SIGEH 2024 (4.1.1.10.03); al mismo tiempo, se realizó el informe de Autoevaluación del POA 2024 (4.1.1.10.04); a su vez, se realizó la reprogramación tanto del registro digital Consolidación y validación de la plantilla SNCC F053 para el Plan Anual de Compras y Contrataciones (4.1.1.10.05) como de la minuta de Formulación del presupuesto 2025 (4.1.1.10.06), esto fue producto de las razones antes expuestas.

En cuanto, a la actividad de Seguimiento al cumplimiento de los indicadores SISCOMPRA CEAS (4.1.2.1.01) la División de Compras y Contrataciones reportó para el mes de julio en el indicador de planificación una puntuación de 13.12 de 15 puntos, esto se debió a que hubieron algunos ítems o artículos que fueron proyectados para ser comprados durante el 2do trimestre, y los mismos no se adquirieron, ya que no se tuvo la necesidad, con respecto, al indicador de tiempo de gestión por procesos se obtuvo una calificación de 11.91 de 15 puntos, esto fue fruto a que no se pudo obtener la cuota en el plazo instituido para culminar el proceso; a este tenor, mensualmente se reveló un reporte sobre Rendir oportunamente las cuentas de anticipos financieros para su regulación en el periodo (4.1.2.2.01).

Asimismo, para Asegurar el reporte oportuno de facturación eficiente de ingresos por las diferentes fuentes de financiamiento (4.1.2.2.02) el Licdo. Ismael Manzanillo Encargado de la División de Tesorería redactó un informe todos los meses en los cuales se mostraron el total de ingresos que se obtuvo mediante las ventas de

servicios en efectivo, cheques y transferencias recibidas, producto de las cuentas por cobrar de las distintas ARS, lo recaudado por el sistema de Verifone VISANET Dominicana con el servicio de tarjetas crédito/débito y el aporte de nómina proveniente del Ministerio de Salud Pública.

Con la designio, de optimizar la sustentabilidad económica de la Red del SNS por medio del control de gastos, saneamiento de las deudas y acrecentamiento de las diversas fuentes de financiamiento, fue que en los meses de julio, agosto y septiembre respectivamente, se procedió a Reportar oportunamente las informaciones financieras que alimentan el sistema de indicadores, fundamentadas en el registro sistemático de las transacciones sosteniendo la calidad del dato (4.1.2.2.04); paralelamente, todos los meses se creó el Reporte de la ejecución presupuestaria consolidada de ingresos y egresos proveniente de las diferentes fuentes de financiamiento (4.1.2.2.05); a la vez, desde julio hasta septiembre se ostentó el reporte acerca de Cargar oportunamente las informaciones financieras cumpliendo con los criterios de calidad dispuestos por las normativas para que estén disponibles a la ciudadanía (4.1.2.2.06); inclusive, de manera mensual se hizo la Elaboración de los Estados financieros y sus notas de referencia (4.1.2.3.01) reflejando los activos, pasivos y sus notas de referencia, contemplando los principales principios y políticas contables como la entidad, recursos, estructura organizacional funcional, principales cargos etc. y se efectuó un reporte de Análisis del Comportamiento de pago (4.1.2.3.02) para de esta forma determinar la situación financiera durante el período y dar seguimiento a los procesos, con miras de que las operaciones tengan la calidad y eficiencia que se requiere.

Conforme, a la Relación de activo fijo (4.1.2.3.03) el Sr. Juan Carlos Beato Encargado de Activo Fijo confeccionó un informe mensual, con la intención de dar fiel cumplimiento a la Política de Administración de Bienes del SNS, esta nace por la urgencia de fijar controles y procedimientos que ayuden al correcto control, registro y conservación de los bienes, propiedad de la organización, así como de la necesidad de contar con información adecuada que pueda ser de interés para la emisión de informes financieros confiables, la planificación y toma de decisiones.

Relativo, al Análisis del comportamiento de las objeciones médicas y administrativas (4.1.2.4.01) se evidenció que todos los meses se siguen validando las indicaciones médicas para tramitar cualquier hallazgo que se identifique en los estudios solicitados, dando solución antes de facturar, teniendo en cuenta las

auditorias virtuales desde noviembre; previo a ello, para el mes de julio se llevó a cabo la Implementación de los planes de mejora para la disminución de las objeciones médicas, administrativas y el incremento de la facturación de los CEAS (4.1.2.4.03); a la par, se creó un informe en septiembre del Seguimiento a la ejecución de planes de mejora para la disminución de las objeciones médicas, administrativas y el incremento de la facturación del CEA (4.1.2.4.03) mostrando el nivel de cumplimiento de las diferentes actividades contempladas en el plan de mejora para la disminución de las objeciones médicas administrativas y el incremento de la facturación, el mismo arrojó un cumplimiento de 100% en las actividades contempladas acordando continuar con los procesos de facturación de servicios a las ARS, manteniendo la organización y sistematización de los mismos para que así el centro continúe obteniendo 0.00% en glosas de los expedientes auditados por parte de las distintas aseguradoras con el Cemadoja, teniendo en cuenta los estándares definidos por dichas ARS.

Alusivo, a la Implementación del Manual de Identidad Hospitalaria (4.1.3.1.01) se cuenta con un reporte del correo electrónico que se remitió al Servicio Nacional de Salud (SNS) con informaciones del Centro, detallando que el CEMADOJA cumple con la mayoría de los criterios requeridos, tales como: Cartera de servicio, Señalética de tratamiento (frangas azul claro), Letrero en sala de espera: Silencio, No comer, No beber y No fumar, Derechos y Deberes, Hojas timbradas, Formularios del área de emergencias etc. Estos datos fueron solicitados y suministrados oportunamente para fines de evaluación; además, se materializó un Reporte de las quejas, denuncias, reclamaciones y sugerencias (QDRS), recibidas vía el Sistema 311 (4.1.3.2.01); al unísono, en el mes de septiembre se elaboró una minuta de la Implementación del Plan Intercomunicación Red Pública de Servicios de Salud (4.1.3.3.02); antes de ello, durante julio el SNS notificó por medio de una comunicación, que estuvieron verificando las actividades programadas en el presente año y comprobaron, que debido a cambios en las prioridades y recursos disponibles en el presupuesto para su cumplimiento, solicitaron la eliminación del POA de la actividad Diagnóstico de impacto ambiental (4.1.3.4.01).

Definitivamente, en el transcurso de los meses de Julio hasta Septiembre del 2024 se plasmaron cada una de las actividades concebidas en el Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Dominicana Japonesa (CEMADOJA), esto se debió al monitoreo frecuente efectuada a las diversas áreas de la Organización acorde a lo que instauran las directrices de las entidades superiores.

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.
- ✓ Mantener el monitoreo constante para seguir cumpliendo con la entrega oportuna de las evidencias del POA 2024.

RESPONSABLES

Elaborado por:	<p>Licda. Katiana Indhira Pérez Gómez Enc. División de Planificación y Desarrollo</p> <div style="text-align: right;"> </div>
Entregado a:	<p>Dra. Glendis Ozuna Feliciano Directora CEMADOJA</p> <div style="text-align: right;"> </div>
Firma y sello de recibido:	