

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

Dirección o Departamento: DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

Fecha	14 de Octubre 2025
--------------	--------------------

TEMA OBJETIVO DEL INFORME

INFORME DE LOGROS Y SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL 2025 TRIMESTRE
JULIO – SEPTIEMBRE

DESARROLLO DEL INFORME

El informe del Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico-Japonesa (CEMADOJA) referente al 3er trimestre 2025, se llevó a cabo en cumplimiento a las recomendaciones del Servicio Nacional de Salud (SNS), tomando en cuenta las diferentes actividades proyectadas en la Matriz del POA 2025 y los medios de verificación que las respaldan.

A fin, de contar con una red de salud fortalecida y con alta resolución para asegurar la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, condicionada a las necesidades de salud y características de la población fue que en septiembre se hizo el informe de **Supervisión para verificación de stock de insumos (1.1.1.2.01)**, como una manera de contribuir a la ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio; de igual modo, en ese mes se presentó un reporte acerca de la **Digitalización de las pruebas y resultados (1.1.1.2.04)** mostrando un total de **9,571** de analíticas efectuadas; al mismo tiempo, se realizó la reprogramación tanto del informe del **Cumplimiento acuerdo establecido/ reunión de seguimiento al plan (1.1.1.2.05)** así como de la **Reunión con DPS para coordinar entrega insumos/ Participación evaluación externa calidad (1.1.1.2.08)**, puesto que Cemadoja no aplica para la ejecución de las mismas; Además, se entregó el informe del **Envío mensual de Infolab (1.1.1.2.09)** evidenciando que para recabar las informaciones se procedió a hacer uso de los registros diarios, a su vez, se filtraron las pruebas por las diferentes áreas del Laboratorio Clínico mediante el Sistema de Sinergia.

Por otra parte, se analizaron los procedimientos y estrategias a implementar frente a cualquier condición climática, llevando a cabo en septiembre la **Reunión del comité de emergencias para socialización del plan Hospitalarios Emergencias de salud pública y desastres naturales con el personal del hospital (1.1.2.1.07)** dirigida a los miembros del Comité, donde se conversó acerca del plan de acción que se debe considerar ante situaciones de ese índole; en ese sentido, la Licda. Katiana Pérez destacó que, el sector salud como parte importante de la sociedad y del Estado, tiene a su cargo en coordinación con las autoridades competentes la tarea de acoger tácticas de prevención y preparación que tengan como resultado minimizar el impacto negativo en caso de la ocurrencia de eventos hidrometeorológicos, y así asegurar una respuesta eficiente y apropiada.

Con el propósito, de seguir validando las indicaciones médicas y corregir cualquier hallazgo detectado en los estudios solicitados antes de proceder con la facturación y también considerando las auditorías virtuales, se elaboró mensualmente el informe de **Análisis del comportamiento de las objeciones médicas y administrativas (1.1.2.2.01)**, durante el trimestre se auditaron un total de **139** correspondientes a **17,091** de diversos estudios; anterior a esto, en julio, se materializó la **Implementación de los planes de mejora para la disminución de las objeciones médicas, administrativas y el incremento de la facturación de los CEAS (1.1.2.2.03)**, este proceso dio como resultado un incremento significativo de la facturación del CEMADOJA para Laboratorio e Imágenes respectivamente, y fue posible gracias a la incorporación de nuevas aseguradoras y a la diversidad de estudios de la cartera de servicios, logrando así un porcentaje de cumplimiento de un 100%; añadiendo, a ese mes la **Realización de la matriz de las ARS contratadas en el centro de Salud (1.1.2.2.04)** donde se enuncian las aseguradoras con las que esta trabajando actualmente la Institución.

Con referencia, a las **Reuniones del comité de mejora continua de la calidad en la atención y seguridad del paciente para establecer avances, logros, resultados e indicadores (1.2.1.5.01)** que se realizan mensualmente, la Licda. Julissa Bautista encargada de la Sección de Calidad en la Gestión, en representación de la Dra. Yudith Ortiz Médico Radióloga y coordinadora del comité informó, sobre el correcto funcionamiento de los tomógrafos, la actualización de los equipos de toma de presión arterial, ahora digitales, así como el funcionamiento ininterrumpido del servicio de emergencias las 24 horas y la entrega de resultados dentro del plazo establecido; sumando a esto, la entrega de los reportes que corresponden al **Seguimiento a la actualización de las carteras de servicio de los establecimientos (1.2.2.5.02)** en los meses de julio, agosto

y septiembre respectivamente. Es bueno mencionar que con estas acciones se pretende conservar un modelo de evaluación de la prestación de servicios sanitarios con carácter igualitario y libre discriminación, que fomente mediante la retroalimentación constante, la mejora continua de los resultados en el ámbito de la salud, que genere un incremento en la satisfacción de las personas.

En lo que respecta, a las **Sesiones de los comités hospitalarios (1.2.3.1.01)** la Licda. Katiana Pérez encargada de la División de Planificación y Desarrollo y miembro del Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres expresó que, desde su creación el CEMADOJA ha estado expuestos a los fenómenos naturales como es el caso de huracanes, y otros eventos hidrometeorológicos, con efectos mínimos en las instalaciones y funciones del Centro, puntualizó que, aunque han ocurrido terremotos de intensidades no alarmantes, estos no han originado daños significativos; de su parte, el Coronel Roberto Familia encargado de Seguridad precisó que, por las medidas de prevención que se han adaptado como la instalación de cámaras de vigilancia, verjas de protección, mayor seguridad en las ventanas, se han reducido muy notablemente los riesgos sociales a los que en tiempos anteriores la Institución se enfrentaba, especialmente los vinculados con actos vandálicos y robos.

Por otro lado, durante julio, agosto y septiembre se emitieron los reportes de la **Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios acorde a cuota establecida mensualmente (1.3.3.1.01)**, esta tuvo como finalidad saber la percepción que tienen los usuarios de los servicios del CEMADOJA, motivando así una retroalimentación continua para facilitar la mejora de los resultados en el sector salud; de igual manera, en septiembre se cumplió con la **Generación de reporte de nivel de satisfacción de usuarios (1.3.3.1.02)** obteniendo como resultado una puntuación de **97.90%**; también, cada mes se emitió el reporte de **Gestión de los buzones de sugerencias (QDRS) (1.3.3.1.06)** donde se evidenció lo siguiente: 1 Sugerencia, 1 Queja y 6 Felicitaciones; seguido de esto, en septiembre se creó el formulario de supervisión y se facilitó el listado de participación del **Monitoreo de los cuidados que ofrece el personal de enfermería a los usuarios en los ESS de la red pública en el ámbito ambulatorio y hospitalario (1.3.3.2.03)**; simultáneamente, en ese mes se completó el formulario de **Aplicación del estándar Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IASS) Por el personal de enfermería (1.3.3.2.04)**.

En otro orden de ideas, para agosto se hicieron las **Reuniones Ordinarias de los siguientes Comités: *Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención (IAAS). *Comité de Bioseguridad *Comité Ambiental de Higiene y Desechos Hospitalarios (1.3.4.2.01)** en la cual se acordó

realizar la capacitación de manejo de desechos peligrosos, vigilar el cumplimiento de las normas y proseguir con el cumplimiento de los procesos de bioseguridad para contribuir con la disminución de los riesgos relacionados con la seguridad del paciente y optimización de los resultados de salud esperados; luego, en septiembre se suministró el formulario de **Autoevaluaciones de los procesos de Bioseguridad, Control de Infecciones e Higiene y Desechos Hospitalarios (1.3.4.2.02)**; al unísono, se llevó a cabo el **Seguimiento a la Implementación del Plan de Mejora de Bioseguridad, Control de Infecciones e Higiene y Desechos Hospitalarios (1.3.4.2.04)** arrojando algunas recomendaciones, tales como: Continuar la aplicación del formulario de autoevaluación de bioseguridad mensualmente, identificar necesidades de capacitaciones y aplicar la vacunación correspondiente a los empleados de nuevo ingreso, a la par que realizar a final de año la vacunación para la Influenza estacional; antes de esto, en julio se realizó la **Elaboración de los planes de mejora a partir de los resultados de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalarios (1.3.4.2.05)** reflejando las tareas que se citarán a continuación: Capacitación sobre la importancia de la vacunación en Centros de Salud, Indicaciones de Pruebas de Laboratorio, Imágenes, Oftalmológicas y Auditivas, Capacitación sobre Manejo de Desechos y Capacitación sobre Equipo de Protección Personal, etc.

Además, para garantizar que los establecimientos y profesionales cumplan con los requisitos mínimos y específicos de funcionamiento y asegurar la seguridad y calidad de la atención del paciente fue que en agosto se hizo el **Seguimiento a la implementación de las mejoras priorizadas de habilitación (1.3.4.3.03)** en cuyo reporte se detalló que, fue solicitada la compra de la lámpara de aviso para el Área de Resonancia Magnética, a su vez, se gestionó el protocolo para la aplicación de anestesia a los pacientes pediátricos, quedando en proceso la ejecución de la fumigación en todo el Centro, la colocación de luminarias restantes en la entrada de la Institución y parte exterior del segundo nivel y reposicionar la puerta de entrada del Laboratorio Clínico.

Con el propósito, de incrementar las competencias y resolutiveidad de los colaboradores de acuerdo a la complejidad de sus funciones, las necesidades de salud de la población y los compromisos del sector, fue impartida en julio la **Capacitación Estándar Proceso de Atención de Enfermería en el ámbito ambulatorio y hospitalario (2.1.1.1.01)** saliendo a relucir la importancia de los criterios de calidad del cuidado de enfermería, la admisión y continuidad del cuidado y egreso del usuario así como los deberes y derechos del usuario y su familia para el cuidado humanizado; posterior a ello, en septiembre se hizo la **Ejecución Plan de Capacitación-2025 (2.1.1.2.01)** abordando los temas de: Compensación y Beneficio

Virus de la Actitud, al igual que la Prevención y Control de Incendios; en conjunto, en dicho mes, se efectuó el **Seguimiento ejecución plan capacitación 2025 (2.1.1.2.02)** plasmando que estas capacitaciones tuvieron como finalidad reconocer las actitudes negativas y positivas, reflexionar y aprender a manejar las propias emociones, facilitar la adquisición de los conocimiento y habilidades necesarias para identificar los riesgos y adoptar las medidas necesarias para identificar los riesgos y adoptar las medidas necesarias para evitarlos, de la misma forma busca motivar y fidelizar al personal intentando que la compensación total que percibe sea la más apropiada; agregando a esto, el levantamiento que se realizó del formulario de **Detección necesidades capacitación por departamento CEAS-Plan 2026 (2.1.1.2.02)** el cual tiene como objetivo comprobar las áreas puntuales que requieren formación adicional específica según la necesidad de cada departamento, procurando potenciar el rendimiento de los trabajadores y alinearlos al propósito estratégico del CEMADOJA.

Concerniente, a la **Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en la Administración Pública (SISTAP) (2.2.2.1.01)** tenemos que en septiembre se creó un informe, con el fin de evaluar el nivel de respuesta frente a las no conformidades técnicas detectadas, como parte de la puesta en marcha del SISTAP, comprobando la eficacia de las acciones correctivas, la oportunidad de su ejecución y su contribución a la mejora de las condiciones laborales; paralelamente, todos los meses se emitió un informe de **Evaluación, seguimiento del personal con licencias recurrentes y los enviados a auditoria médica (2.2.2.1.02)**; igualmente, en septiembre se concretizó el reporte se **Seguimiento e investigación de accidentes y enfermedades laborales (2.2.2.1.03)**; incluso, mensualmente se facilitó la matriz de **Gestión de subsidios por enfermedad común (2.2.2.1.04)**. Estas iniciativas intentan desarrollar y ejecutar los aspectos de gestión relacionados con la seguridad y salud en el trabajo.

Con miras, de reducir las discrepancias en la disponibilidad de personal de salud en los diferentes niveles de atención, fue que en agosto se realizó el **Reporte trimestral de la dotación de acuerdo a las estructuras aprobadas del establecimiento (2.3.1.1.01)** este permitió adquirir mediante un levantamiento, las necesidades de personal para cubrir vacantes actuales y nuevos colaboradores; al unísono, se hizo la **Validación de estatus de los perfiles de los colaboradores activos en nómina (2.3.1.1.02)** siendo presentado como evidencia un listado de participantes y un reporte trimestral.

En cumplimiento, a los parámetros que establece la Resolución 002-2021 de la Dirección de Ética e Integridad Gubernamental, fue que todos los meses se elaboró el reporte de **Actualización del portal de transparencia (3.1.1.1.01)**; anterior a ello, en julio se impartió la **Capacitación en la Ley 200-04 y la Resolución No. 002-21 de la Dirección General de la Ética e Integridad Gubernamental (3.1.1.1.03)** para promover el conocimiento y la aplicación de los principios de ética, la transparencia e integridad en la gestión pública; sumado a esto, en ese mismo mes se efectuó la **Creación y/o actualización de la Matriz de Responsabilidad (3.1.1.1.07)** la cual contribuyó a la efectividad de la administración de recursos y servicios; Igualmente, cada mes se efectuó el reporte para **Rendir oportunamente las cuentas de anticipos financieros para su regulación en el período (3.1.1.2.01)** y con esto garantizar un control efectivo del uso de los recursos.

En adición a lo antes expuesto, mensualmente se hizo la actividad de **Asegurar el reporte oportuno de facturación eficiente de ingresos por las diferentes fuentes de financiamiento (3.1.1.2.02)**; simultáneamente, en septiembre se procedió a **Reportar oportunamente las informaciones financieras que alimentan el sistema de indicadores, fundamentas en el registro sistemático de las transacciones sosteniendo la calidad del dato (3.1.1.2.04)**; en dicho mes, también se **Reportó la ejecución presupuestaria consolidada de ingresos y egresos proveniente de las diferentes fuentes de financiamiento (3.1.1.2.05)**; juntamente , mes por mes se concretó la tarea de **Cargar oportunamente las informaciones financieras cumpliendo con los criterios de calidad dispuestos por las normativas para que estén disponible a la ciudadanía (3.1.1.2.06)** asegurando que la información financiera publicada sea confiable, clara y accesible a la ciudadanía; seguido de esto, todos los meses se ejecutó la **Elaboración de los Estados Financieros y sus anexos (3.1.1.2.08)**; conjuntamente, se entregó en septiembre el **Reporte de ejecución Metas Físicas y Financieras 2025 en el SIGEF (3.1.1.2.09)** con el objetivo de monitorear y documentar el cumplimiento de las metas planificadas para el 2025. Cabe destacar que estas acciones procuran vigorizar la fiscalización y evaluación del control interno.

En lo que respecta, a la **Codificación y carga PACC 2025 (3.2.1.1.01)** tenemos que en septiembre se facilitó un registro digital; anterior a esto, en agosto fue reprogramada la **Consolidación y validación de la plantilla SNCC F053 para el Plan Anual de Compras y Contrataciones (3.2.1.1.03)** haciéndose efectiva en septiembre, lo que permitió aportar a la mejora continua de la sostenibilidad financiera del SNS a través del control de gastos, saneamiento de las deudas e incremento de las diversas fuentes de financiamiento, con el fin de garantizar la prestación de servicios en salud con oportunidad y eficiencia.

En otro sentido, para septiembre se publicó tanto en los medios sociales como en el correo interno la **Campaña de promoción del consumo de energía y eficiencia energética (interna/externa) (3.3.1.4.01)** esta actividad se materializó para incentivar el uso responsable de la energía y así optimizar los costos y disminuir el impacto ambiental; previo a esto, en julio se difundió por medio de diferentes canales de comunicación la **Campaña para promover reducción y uso eficiente del agua (interna/externa) (3.3.1.4.02)** con la que se busca sensibilizar a la población sobre el valor del agua, promoviendo prácticas del consumo responsable y sostenible; juntamente, se hizo el **Taller coordinado con la DCOM-SNS: Sensibilización en la Gestión de residuos peligrosos (para Hospitales / SRS) (3.3.1.4.03)**; después de ello, en agosto se desarrolló la **Jornada ambiental (reforestación / limpieza de costas/otras) coordinada con instituciones públicas, privada y ONGs (3.3.1.4.04)** en este recorrido se organizaron brigadas de trabajos por equipos, las cuales realizaron labores de recolección de plásticos, botellas, fundas y otros residuos que afectan directamente el ecosistema costero, esta labor se efectuó con el apoyo de la Dirección de Relaciones Públicas y Prensa de DIGECAC.

Por otro lado, en septiembre se implementó la **Actualización y mantenimiento de portales web (3.5.1.1.01)** esta estuvo orientada a mejorar la infraestructura tecnológica de la Red del Servicio Nacional de Salud (SNS) para la calidad y la eficiencia de la gestión operativa; conjuntamente, en ese mes se ejecutaron los **Soportes incidencias tecnológicas atendidas (3.5.1.1.02)** cuyo reporte reflejó que durante el 3er trimestre del año en curso se les dio respuesta a un total de **1685** solicitudes de soporte y asistencia técnica a los usuarios de los recursos digitales del CEMADOJA, siendo resueltas satisfactoriamente **1160** y solo **25** quedaron pendientes de ser concluidas.

Referente, a la **Elaboración plan de mejora CAF próximo año (3.7.1.1.04)** tenemos que se tomaron en cuenta las acciones que se detallarán más adelante: medir de forma periódica los recursos de la institución, mediante el sistema SAP, entregar los resultados del Laboratorio vía correo, administrar y almacenar toda la documentación del expediente Radiológico y Bioanalítico de los pacientes, instalar e implementar Estación Robot Grabador de CD/DVD de imágenes médicas, crear nuevo asistente virtual en la Página Web del Centro, y actualizar el Sistema de Gestión (PACS), entre otros; a todo esto, en septiembre se hizo la **Ejecución de las sesiones del comité de calidad del CEAS (3.7.1.1.07)** donde la Licda Julissa Bautista encargada de la Sección de Calidad en la Gestión notificó que, a mediados del presente año se procedió con el llenado de la

matriz del programa de desempeño hospitalario del Servicio Nacional de Salud (SNS) correspondiente a los meses de enero – mayo tanto del 2024 como del 2025. Además, resaltó que ese programa es una iniciativa del SNS que intenta motivar a la excelencia y la calidad en la gestión de los establecimientos de salud de la red pública, galardonando anualmente a los hospitales, centros diagnósticos y direcciones regionales con los mejores resultados en los componentes administrativo-financiero, gestión clínica y satisfacción de usuarios; ulterior a esto, tanto en julio como en agosto por disposición de las altas instancias fue reprogramada la **Mesa interna para la revisión y ajuste del Plan Operativo Anual 2026 (3.7.1.1.10)** encuentro que fue llevado a cabo a finales de septiembre, en el cual se socializó el Plan Operativo Anual (POA) preliminar con las áreas responsables de entregar evidencias, destacando específicamente los ajustes efectuados en algunos medios de verificación, así como las nuevas actividades incorporadas; también, la Licda. Katiana Pérez encargada de la División de Planificación y Desarrollo externó que, este se confeccionó conforme a las directrices del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2025-2028 del SNS.

Igualmente, en agosto fue reprogramada la **Formulación del presupuesto 2026 (3.7.1.1.12)** fruto de la aplicación de la nueva matriz del PACC 2026, la misma al principio arrojó un problema porque se alteraba la fórmula, por lo que dicha actividad se materializó en septiembre; antes de ello, en julio se reprogramó la actividad de **Identificación de las buenas prácticas en función del Programa de Innovación para los EESS (3.7.1.3.01)** debido a que la plataforma tecnológica aún estaba en proceso de desarrollo por el área correspondiente, los cuales informaron que por temas técnicos se produjo retrasos, según confirmó por correo la Licda. Yira Lorenzo Encargada del Depto. de Desarrollo Institucional del SNS vía la Licda. Ydolidia Ortega encargada de la División de Planificación y Desarrollo del Servicio Regional de Salud Ozama; siendo concretizada en agosto y donde se aprovechó para solicitar la práctica de innovación de acceso a los resultados e imágenes de los Estudios y/o procedimientos a través de las plataformas Web y mediante códigos QR en dispositivos móviles; de la misma manera, en julio se mostró el informe de la **Autoevaluación POA 2025 (3.7.1.5.01)**; posteriormente, para septiembre se creó una minuta de la **Socialización y elaboración de los planes de mejora acorde a los hallazgos de los MEP (3.7.1.5.02)** en esta la Licda. Aristina Familia encargada de la Oficina de Acceso a la Información Pública (OAI) alegó que, en lo relativo a la actividad de Capacitación en el Sistema Nacional de Atención Ciudadana 311, intentará de que los medios de verificación suministrados cuenten con todos los campos completados, acorde a lo estipulado en el Manual de Procedimiento de Monitoreo y Evaluación de POA e Indicadores Institucionales; ulterior a esto, en julio se facilitó el informe de **Seguimiento al plan de Mantenimiento preventivo de equipos en los EES**

(4.1.1.4.02) teniendo como objetivo principal garantizar el buen funcionamiento de todas las maquinarias que están disponibles en el Centro, para así mantener en óptimas condiciones la planta física e infraestructura de la Institución.

En definitiva, entre julio y septiembre 2025 se hicieron cada una de las actividades planeadas en el Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico Japonesa (CEMADOJA), en cumplimiento a las directrices del SNS y gracias la supervisión frecuente de las distintas áreas responsables de su puesta en funcionamiento.

ACUERDOS Y/O RECOMENDACIONES SEGÚN HALLAZGOS

- ❖ Asegurar que las evidencias cuenten con los sellos, a la par que las firmas de las áreas responsables para la concretización de las actividades plasmadas en la matriz del POA 2025.
- ❖ Velar para que las evidencias sean entregadas de manera oportuna.

RESPONSABLES

Elaborado por:

Licda. Katiana Indhira Pérez Gómez
Enc División de Planificación y Desarrollo



Entregado a:

Dra. Glendis Ozuna Rodríguez
Directora CEMADOJA



Firma y sello
de recibido: