

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

**Dirección o Departamento: DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO**

<b>Fecha</b>	10 de Abril 2026
--------------	------------------

**TEMA OBJETIVO DEL INFORME**

**INFORME DE LOGROS Y SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL 2026 TRIMESTRE  
ENERO - MARZO**

**DESARROLLO DEL INFORME**

A continuación, se refleja el informe del Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico-Japonesa (CEMADOJA) correspondiente al 1er trimestre 2026, en el cual se contemplan las diversas actividades programadas, a su vez que los medios de verificación que las sustentan, conforme a lo recomendado por el Servicio Nacional de Salud (SNS).

A fin, de asegurar que la población reciba acceso equitativo a servicios de salud incluidos los de emergencia, y que sean de: calidad, seguros, integrales, continuos e inclusivos, mediante redes integradas que incorporan mejora continua de procesos y avances tecnológicos, fue que en marzo se hizo la Elaboración y/o actualización de los Planes de Emergencias y Desastres Hospitalarios (1.8.2.07); conjuntamente, en dicho mes se realizó la Reunión del comité de emergencias para socialización del plan Hospitalarios Emergencias de salud pública y desastres naturales con el personal del hospital (1.8.2.08); paralelamente, se llevó a cabo la Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para preparar el Operativo de Semana Santa comité de emergencias (1.8.2.11) en esta reunión la Dra. Glendis Ozuna directora del CEMADOJA externó, que los departamentos que trabajan 24 horas, en especial el Departamento de Diagnóstico e Imágenes, la División Técnica Radiológica, Caja, División de Servicios Generales y el Área de Seguridad, dispondrán de los listados de distribución del personal con antelación de manera tal, que las personas asignadas conozcan con tiempo suficiente los turnos laborales en los que deben estar brindando servicios, para así poder programar sus actividades personales y familiares oportunamente. Además, se solicitó a los encargados vigilar por teléfono que los cambios de turno se hagan apropiadamente para que en caso de emergencia poder tomar acciones tempranas; previo a esto, en enero se efectuó la Reunión con el Comité

Hospitalario de Emergencias y Desastres para respuesta a Temporada Ciclónica y Eventos Hidrometeorológicos comité de emergencias (1.8.2.12).

En ese mismo orden de ideas, en marzo se procedió con la Implementación de los procesos de bioseguridad hospitalaria (1.8.3.05) informe que arrojó, que los colaboradores del Centro cuentan con vacunación para: difteria, tétanos, hepatitis y tosferina a excepción del personal de nuevo ingreso al cual se le indican las vacuna y se les notifica: donde y como obtenerlas; a la par, se abordó el tema del correcto lavado de las manos, revisando las indicaciones de esta técnica según instrucciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), colocadas en cada lavamanos y dispensador de solución alcohólica; juntamente, en ese mes se hizo la Elaboración de los planes de mejora a partir de los resultados de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria (1.8.3.06) evidenciando las siguientes actividades: solicitar dos visitas de recogida por la empresa contratada para esos fines, gestionar la reubicación y aumento del tamaño del depósito de desechos y medición diaria del pH y cloro del agua, así como la tramitación del análisis microbiológico con el área correspondiente.

Agregando a lo anterior, en marzo se creó el informe de Seguimiento a los planes de mejora de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria (1.8.3.07) donde se pormerizó, que los talleres coordinados con la DCOM-SNS acerca de la Sensibilización en la Gestión de residuos peligrosos para Hospitales/SRSO, se concretizaron en un 80% en la Institución y el 20% restante en el Servicio Regional de Salud Ozama. Cabe resaltar que el primero de ellos fue efectuado con los colaboradores de CEMADOJA y el segundo en acompañamiento con el Centro de Gastroenterología, contando con la participación de un personal de la Dirección de Comunicaciones del SNS. Estos adiestramientos permitieron reforzar los conocimientos en las áreas de Higienización, Enfermería y Laboratorio Clínico, a la vez ayudaron a iniciar un lazo de cooperación con otro establecimiento de la Ciudad Sanitaria Dr. Luís Eduardo Aybar.

Referente, al Diagnóstico situacional de la conformación de los comités hospitalarios (1.8.3.10) en este informe se detalló, que el Comité de Calidad del CEAS participó en un taller sobre la Metodología CAF, con el objetivo de sensibilizar al personal de la importancia de aplicar modelos de calidad para la mejora continua, y de paso instruir al comité en el proceso de autoevaluación. Contribuyendo así al fortalecimiento de las competencias en: calidad total, cultura de la calidad, principios de excelencia, definición de criterios, plan de mejora y su respectiva implementación. También se trabajó en el informe de Seguimiento a dicho plan durante el primer trimestre 2026, destacando avances como: la instalación y puesta en marcha de la estación robot

grabador de CD/DVD de imágenes medicas con un 90% de ejecución y la actualización del sistema de gestión PACS, completada en un 100%; de igual modo, se programó la realización de una mesa técnica para supervisar los indicadores de la Autoevaluación del Programa de Desempeño del SNS, que tocará aspectos como: el incremento de la facturación, disminución de deuda, objeción de glosas, eficientización de la nómina, porcentaje promedio de SISCOMPRA, ejecución presupuestaria, plan de mantenimiento, higiene y ornato, producción de servicios y satisfacción de usuarios. Es bueno destacar que las áreas implicadas analizarán las causas de desviaciones con cumplimiento inferior al 80%, con miras de identificar oportunidades de mejora y definir acciones correctivas.

Igualmente, en marzo se concretizó la Conformación de los comités Hospitalarios (1.8.3.11) reporte que indicó, que los mismos constituyen un elemento fundamental para garantizar la calidad, seguridad y ética en la atención de los usuarios, los cuales se rigen por normativas específicas del Ministerio de Salud Pública (MSP) y disposiciones técnicas del Servicio Nacional de Salud (SNS) donde se establecen lineamientos claros para su funcionamiento y obligatoriedad dentro de los Centros de Salud; al unísono, en marzo se llevó a cabo el informe de la Evaluación de la Metodología de Gestión Productiva (1.8.3.12) saliendo a relucir las recomendaciones que se citarán más adelante: 1ro. Continuar supervisando los indicadores que obtuvieron menor puntuación en el levantamiento realizado, a fin de vigorizarlos, y con ello lograr una mejor evaluación, 2do. Velar para que los indicadores que alcanzaron la mayor calificación en la matriz de valoración de las condiciones mínimas para la atención en salud mantengan la calidad requerida y 3ro. Cumplir de forma oportuna en la consecución de cada una de las actividades planificadas en la Matriz del POA 2026, que están relacionadas a la Metodología de Gestión Productiva.

En lo relativo, al inventario mensual del Análisis del comportamiento de las objeciones médicas y administrativas (1.8.3.18) se evidenció que el Centro de Educación Médica de Amistad Domingo Japonesa (CEMADOJA) se acoge a los términos contractuales instauradas por las ARS, a raíz de esto se creó un plan de reducción de las objeciones médicas para mantener y mejorar la sostenibilidad de la Institución, con el propósito de continuar incrementando la facturación administrativas, y así asegurar la prestación del servicio de salud de forma oportuna y eficiente; añadiendo a ello, en marzo se efectuó la Elaboración de los planes de mejora para la disminución de las objeciones médicas, administrativas y el incremento de la facturación de los CEAS, en coordinación de los SRS los centros de salud (1.8.3.19); adicionalmente, en ese mes se realizó el Seguimiento a la ejecución de planes de mejora para la disminución de las objeciones médicas,

administrativas y el incremento de la facturación de los CEAS (1.8.3.20) informe que especificó, que el Centro cumplió con la ejecución en un cien por ciento (100%) de las actividades contempladas en el plan de mejora antes mencionado.

Concerniente, a la Ejecución Plan de Capacitación 2026 (2.1.1.01) en el transcurso del 1er. Trimestre del año en curso se hicieron tres adiestramientos dirigidos al personal del CEMADOJA, entre los que se encontraron: Gestión eficaz del tiempo, Liderazgo transformacional e Inteligencia emocional. Estas se llevaron a cabo con la intención de desarrollar las competencias (técnicas y blandas), evaluación del desempeño y administración de seguridad y salud en el trabajo con procesos efectivos de relaciones laborales, y así potencializar el bienestar y el cumplimiento normativo en toda la red pública de salud; antes de eso, en enero se hizo el reporte Consolidado de resultados de evaluación del desempeño laboral 2025 (2.1.1.04); al mismo tiempo, en ese mes se efectuó el Consolidado de resultados de acuerdos del desempeño laboral 2026 (2.1.1.05); posteriormente, en marzo se realizó la Elaboración del informe técnico resultados de evaluación del desempeño laboral 2025 CEAS y remisión al SRS (2.1.1.06) según lo criterios previamente definidos, considerando tanto indicadores de productividad como de calidad en la prestación de los servicios de salud, el cumplimiento de protocolos, la atención centrada en el usuario y el trabajo en equipo, para esto se emplearon metodologías e instrumentos que aseguran la confiabilidad, transparencia y objetividad de los resultados obtenidos.

Con el objetivo, de contribuir al incremento de la eficacia de los procesos de contratación y retención de recursos humanos de salud en establecimientos públicos, reduciendo vacantes y mejorando la asignación de personal, fue que las autoridades y gestores del SNS dispusieron de un análisis actualizado de la demanda de colaboradores por nivel de atención, que permitió dimensionar dotaciones, planificar reclutamiento y formación, y mejorar la distribución del personal según necesidades poblacionales, y por ello el CEMADOJA hizo en marzo el Reporte trimestral de la dotación de acuerdo a las estructuras aprobadas de la ORS, establecimientos del 1er nivel y nivel especializado de atención (2.2.2.02).

Por otra parte, en enero se procedió con el Llenado y envío del formulario de levantamiento de necesidades de cooperación no reembolsable a la ORS (3.1.1.01) como una forma de reforzar la capacidad institucional para aumentar el acceso a servicios públicos de calidad mediante la optimización de procesos,

empoderamiento del talento humano, articulación efectiva, incorporación de tecnologías de la información y comunicación, modernización de la infraestructura física y equipamiento adecuado.

En otro tenor, para marzo se hizo la Actualización de portales web (3.1.5.01); a la par, se presentaron los Soportes de incidencias tecnológicas atendidas (3.1.5.02) reporte que mostró que en el lapso del 1er. Trimestre del presente año se le dió asistencia a un total de 1,020 solicitudes, de estas 1,010 fueron resueltas satisfactoriamente y solo 10 quedaron pendientes; simultáneamente, en ese mes se efectuó el Inventario de activos tecnológicos (3.1.5.03) a fin de disponer de un personal y usuarios con servicios informáticos confiables.

Con miras, de entregar a la población servicios seguros y de calidad por medio del fortalecimiento del modelo organizacional de gestión y monitoreo de la calidad con: estándares, indicadores, auditorías y acciones de mejora continua en todas las unidades fue que en enero se hizo la Autoevaluación POA 2026 (3.1.6.03); luego, en febrero se realizó la Elaboración y seguimiento a la ejecución de los planes de mejora acorde a los hallazgos del MEP (3.1.6.04) para recolectar las informaciones de este informe, se llevó a cabo una reunión con todas las áreas responsables de la puesta en marcha del Plan Operativo Anual (POA), y se socializó sobre los hallazgos encontrados en la auditoria efectuada de manera presencial en el periodo de octubre a diciembre 2025, por parte del Servicio Regional de Salud Ozama (SRSO), teniendo como resultado que las unidades ejecutoras del POA continuarán asumiendo su compromiso de poner en funcionamiento las actividades concebidas en un 100%, y así contribuir a la vigorización de la Red Pública de Salud.

Con respecto, al reporte del Registro de Activos en el Sistema de Administración de Bienes (SIAB) (3.1.7.02) que se entregó en marzo, este se materializó con el propósito de aportar para que los hospitales de la red pública del Servicio Nacional de Salud (SNS) dispongan de: bienes oportunos, custodiados y en condiciones óptimas a través del reforzamiento del Sistema de Administración de Bienes: registro e inventario, control y trazabilidad, mantenimiento, distribución y bajas, con enfoque en el ciclo de vida y transparencia.

También, en marzo fue suministrado un reporte sobre el Mantenimiento a los equipos y calibración de cabinas (3.2.2.07) para verificar los aparatos que requieren este soporte se procedió a confirmar en el sistema la periodicidad en que se amerita acorde con las normativas del mismo, este levantamiento se implementa de forma: diaria, semanal, quincenal, mensual o anual; adicional a ello, en ese mes se ejecutó la Compra de

insumos para la toma de las muestras (3.2.2.08); conjuntamente, se hizo el Envío mensual Infolab a SRS (3.2.2.09) cuya finalidad del informe es mostrar la productividad de los Centros Hospitalarios de la Red Pública de Salud, para que así los organismos competentes puedan tomar decisiones adecuadas, en beneficio de los usuarios que asisten en busca de un servicio de calidad; antes de esto, en enero se realizó la Conformación vigente del Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente en el establecimiento de salud (3.2.2.15) como una manera, de que los usuarios reciban diagnósticos confiables y oportunos por medio del robustecimiento de la red del SNS: monitoreo y evaluación continua de la calidad para guiar decisiones, habilitación/acreditación de establecimientos y cumplimiento de estándares de seguridad, asegurando acceso eficiente a servicios de calidad.

Además, mensualmente se implementaron Reuniones del Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (3.2.2.16) con la intención de proseguir vigorizando el desarrollo institucional del CEMADOJA y de supervisar la eficacia de los servicios, a fin de asegurar un sistema de salud eficiente y de alto nivel para la población. En este encuentro la Dra. Yudith Hernández médica radióloga informó, que se cumplieron los acuerdos fijados en la pasada minuta, destacando los siguientes logros: Servicio continuo de ecocardiograma, Priorización en la entrega de resultados de tomografías y sonografías de emergencia, así como la Ausencia de eventualidades en la administración de medios de contraste endovenoso y oral; igualmente, en marzo se hizo la Capacitación en Humanización de los Servicios (3.2.2.17).

Con el objetivo, de garantizar que el Centro tenga un entorno de atención seguro y confiable para los usuarios, de acuerdo a estándares nacionales e internacionales, fue que en febrero se realizó la Aplicación del formulario de evaluación del programa de Prevención y Control de Infecciones (PCI) y bioseguridad (3.2.3.01); después, en marzo se efectuó la Elaboración de plan de mejora del programa de prevención y control de infecciones y procesos de bioseguridad, con base en los hallazgos de las autoevaluaciones (3.2.3.02) saliendo a colación los hallazgos que se mencionarán a continuación: Supervisión del uso de las herramientas de bioseguridad, Solicitud del esquema de vacuna a nuevos integrantes y realización de evaluaciones médicas y Socialización de normas de bioseguridad según área de servicio, etc; agregando a esto, el informe en marzo del Monitoreo de la calidad del agua (3.2.3.04) evidenciando que en cuanto a la identificación de posibles agentes infecciosos que puedan permanecer en el agua utilizada en las áreas de atención y administrativas, el Laboratorio Clínico, a través del módulo de microbiología efectuó en febrero tomas de muestra donde se prestan servicios de salud, a la vez que en la cisterna y toma de agua externa, obteniendo como resultado que no fue reportado ningún

microorganismo durante ese periodo; antes de eso, en enero se hizo la Capacitación a personal de servicios generales en higiene de manos, uso de EPP y gestión de desechos (3.2.3.07) y luego, en febrero se llevó a cabo la Capacitación a personal médico, enfermería y laboratorio en higiene de manos, uso de EPP y gestión de desechos (3.2.3.08). Todas estas acciones se pusieron en marcha, con miras de incrementar la satisfacción de usuarios y la calidad percibida de los servicios públicos.

Relativo, a la Actualización del Portal de Transparencia (3.5.1.01) que se ejecutaron en los meses de enero a marzo del presente año, tenemos que este reporte se realizó cumpliendo con los parámetros que establece la Resolución 002-2021 de la Dirección de ética e Integridad Gubernamental, la cual fija: el tipo de información, formato y periodo; antes de ello, en febrero se hizo un Levantamiento del estatus y necesidades de la Oficina de Acceso la Información (3.5.1.02) al poco tiempo, en marzo se facilitó el registro digital de la Creación de la Matriz de Responsabilidad y socialización con el personal del hospital (3.5.1.07). Estas iniciativas procuran que la ciudadanía y los usuarios del SNS accedan a información pública y mecanismos de participación (consultas, veedurías y control social), fortaleciendo la transparencia, la rendición de cuentas y la mejora continua de los servicios.

En otro orden de ideas, para marzo se presentó el informe sobre la Autoevaluación del desempeño hospitalario del SISCOMPRA y elaboración de un plan de mejora conforme hallazgos (3.6.1.03) cuya metodología utilizada para la obtención de las informaciones fue el acceso a la plataforma SISCOMPRA, donde se evaluó el comportamiento de los sub-indicadores, con la intención de validar los registros y el desempeño de los procesos surgidos en el primer trimestre del 2026; del mismo modo, se entregó un plan para asegurar una gestión más eficiente, transparente y alineada con la normativa, y por consiguiente afianzando la mejora continua de los procesos de compras en la Institución, dentro de las actividades estuvieron: 1ro. Velar porque las requisiciones estén consideradas en el PACC en consonancia a las necesidades, 2do. Capacitar al personal en el manejo del sistema y normativa vigente, 3ro. Implementar seguimiento a los procesos contractuales hasta el cierre y 4to. Monitorear indicadores y realizar reuniones periódicas de supervisión.

Con la finalidad, de que los establecimientos de la red y las unidades gestoras del SNS dispongan de una gestión financiera fortalecida mediante: la fiscalización del gasto, la evaluación del control interno, el monitoreo de los indicadores financieros y la regularización de anticipos según su naturaleza, reafirmando el



uso eficiente, transparente y oportuno de los recursos fue que en marzo se hizo la Implementación del plan de mejora con las recomendaciones resultados de las auditorías realizadas (3.8.1.01); simultáneamente, todos los meses se ejecutó la Elaboración y remisión de nóminas de Incentivo Rendimiento Individual y guardias presenciales en los plazos establecidos (3.8.1.02); al mismo tiempo, mensualmente se efectuó la Remisión del reporte comportamiento de indicadores financieros en seguimiento (disminución de deuda, eficientización de la nómina e incremento de captación recursos directos) (3.8.1.05); incluso, en marzo se concretizó la Ejecución de fondos del anticipo financiero en los plazos establecidos (3.8.1.06); igualmente, en los meses de enero, febrero y marzo respectivamente se mostró una comunicación acerca de la Tramitación oportuna ante la ORS de los registros de firmas en cuentas bancarias a nuevos directores y administradores (3.8.1.07) puesto que no hay ningún cambio en la gerencia del CEMADOJA.

En otro sentido, en marzo se facilitaron los Formularios autorizados por DSHH sobre la Implementación de Autoinspecciones de Habilitación (3.9.3.01); previamente, en febrero se hizo la Notificación de Estatus de Habilitación (3.9.3.03). Todo esto se realizó con el propósito de supervisar para que el CEMADOJA cuente con instalaciones físicas remodeladas y equipadas ajustadas a los estándares de centros de salud, incrementando su capacidad resolutive y aportando al cumplimiento de la normativa vigente.

Con el objetivo, de aplicar un sistema integral de medición con reportes trimestrales y planes de mejora continua para elevar la calidad percibida de los servicios públicos fue que todos los meses se efectuó la Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios acorde a cuota establecida mensualmente y Generación de reporte de nivel de satisfacción de usuarios (3.10.1.01); anteriormente, en enero se llevó a cabo la Formulación y/o actualización del plan de mejora de la experiencia del paciente (3.10.1.02); posteriormente, en febrero se entregó el Seguimiento del cumplimiento de acciones del plan de mejora de la experiencia del paciente (alineado con los resultados de las supervisiones, encuestas de satisfacción, grupos focales, QDRS) (3.10.1.03); juntamente, en los meses de enero, febrero y marzo se hizo la Gestión de los buzones de sugerencias (QDRS) (3.10.1.04); al unísono, en marzo se suministró un reporte del Cumplimiento indicadores de AU (3.10.1.06) con la intención de que los usuarios tengan acceso oportuno y eficiente a servicios públicos de calidad.



En resumidas cuentas, durante los meses de enero a marzo 2026 se implementaron en un 100% las diversas actividades proyectadas en el Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico Japonesa (CEMADOJA), acorde a los lineamientos de las altas instancias.

### ACUERDOS Y/O RECOMENDACIONES SEGÚN HALLAZGOS

- Velar para que las evidencias suministradas tengan la calidad que se amerita.
- Supervisar que los medios de verificación empleados estén en el formato estandarizado para esos fines.

### RESPONSABLES

Elaborado por:

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



Entregado a:

**Dra. Glendis Ozuna Fencian**  
Directora CEMADOJA



Firma y sello de recibido: