



**HOSPITAL DOCENTE SEMMA SANTO
DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA**

**EVALUACIÓN
PLAN OPERATIVO ANUAL
“POA HDSSD 2020”
Periodo: Enero-Junio 2020**



info@hdssd.semma.gob.do



INFORME EVALUACIÓN
PLAN OPERATIVO AÑO 2020
Enero-Junio 2020

ELABORADO POR:

SUD-DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y CONOCIMIENTOS



[Handwritten signatures]

Julio, 2020

INTRODUCCIÓN

El Plan Operativo Anual del Hospital Docente Semma Santo Domingo (HDSSD) es un documento de gestión que facilita la coordinación de los recursos de la institución para que sea posible alcanzar los objetivos contenidos en nuestro plan estratégico, los cuales citamos.

El presente informe de evaluación semestral POA (Enero-Junio) mide el nivel de cumplimiento de las actividades programadas durante el año 2020. El nivel de ejecución del Plan Operativo ha sido determinado a través de los diferentes medios de verificación estipulados por cada uno de las áreas involucradas.

En este documento se proyecta los avances emitidos por las áreas con relación al nivel de cumplimiento de las actividades, el porcentaje alcanzado por áreas y el porcentaje institucional logrado.



CA
AB
N.

ÍNDICE

MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL.....	1
INFORME DE EVALUACIÓN.....	2
GERENCIA ATENCIÓN AL USUARIO.....	3
SUB-DIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.....	4
GERENCIA AUDITORÍA MÉDICA.....	6
GERENCIA SERVICIO SOCIAL.....	7
GERENCIA PROCESOS Y REGISTROS.....	7
SUB-DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.....	8
SUB-DIRECCIÓN SERVICIOS GENERALES.....	9
GERENCIA JURÍDICA.....	12
SUB-DIRECCIÓN GESTIÓN TALENTO HUMANO.....	13
SUB-DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN.....	14
GERENCIA COMUNICACIONES.....	17
OFICINA LIBRE ACCESO A LA INFORMACIÓN.....	17
INFRAESTRUCTURA.....	20
GERENCIA TECNOLOGÍA.....	21
PRINCIPALES LOGROS INSTITUCIONALES POA.....	22
RESULTADOS DE EVALUACIÓN.....	23



CA y.

MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL.

MISIÓN

Somos una reconocida prestadora de servicios de salud del sector magisterial, que proporciona atención médica integral, humanizada y de calidad, garantizando el equilibrio financiero, la formación del talento humano y el compromiso con el medio ambiente, para la satisfacción de los usuarios.

VISIÓN

Ser reconocida como una institución modelo de excelencia en la prestación de servicios de salud, que garantice la fidelización de nuestros usuarios, apoyados de forma sostenible en los resultados financieros y el uso eficiente de las tecnologías.

VALORES

Ética: Promoviendo entre nuestros usuarios y colaboradores la honestidad, el respeto a las normas, las leyes y la dignidad humana.

Calidad: Pasión por el servicio, garantizando la mejor atención estandarizada, para satisfacer las expectativas del usuario.

Eficiencia: Lograr mejores resultados con la optimización de los recursos existentes.

Transparencia: Garantizamos el acceso oportuno a informaciones fidedignas, de acuerdo a la normativa legal vigente.

Equidad: Brindando acceso a los servicios de salud, de acuerdo a las necesidades particulares de cada persona, con humanización y espíritu social.

Innovación: Promoviendo proyectos novedosos de integración y desarrollo, para la mejora continua de nuestros servicios y ser un referente institucional.

Solidaridad: Asumimos el compromiso de colaborar con la solución a las necesidades de nuestros usuarios, acorde a nuestras posibilidades.

Compromiso: Promoviendo acciones que garanticen el desarrollo institucional y el respeto a los derechos de los usuarios con fidelidad y sentido de pertenencia.

Responsabilidad social: Promoviendo entre nuestros usuarios y colaboradores acciones de educación, prevención de daño al medio ambiente y de servicio a la comunidad.

GA
AB
H.

INFORME DE EVALUACIÓN.

Mediante autorización por parte de la Dirección General se dio inicio al proceso de evaluación Plan Operativo Anual 2020 HDSSD para el periodo enero-marzo 2020.

Se apertura el proceso convocando al staff gerencial ampliado a participar en el Taller **“Procedimiento de Evaluación Plan Operativo Anual 2020”**, donde se socializaron las actividades a realizar en dicho proceso para lograr la consecución de los objetivos planteados por la entidad. Cabe destacar que este taller se realizó en el mes de enero con el propósito de evaluar el primer trimestre enero-marzo 2020.

En dicho taller se presentaron y explicaron:

- 1) Proceso de implementación y ejecución de los planes de operativos
- 2) Metodología para las solicitudes de cambios a través del formulario PD-FO- 001
- 3) Cronograma periodos de evaluación
- 4) Proceso de Evaluación
- 5) Cronograma trabajo de escritorio
- 6) Cumplimiento de Porcentaje de POA (Sistema de Semáforo)
- 7) Cumplimiento fechas recepción de información de las áreas

En el mes de marzo se remitieron la matriz POA con las columnas de evaluación incluidas, para que cada área proceda a realizar las evaluaciones correspondientes al trimestre conforme lo informado y acordado en el taller de socialización procedimiento de evaluación.

Ante la situación presentada por el COVI-19, el proceso de evaluación se vio afectado, por ende la evaluación fue adaptada de trimestre (enero-marzo) al semestre (enero-junio) llevando a cabo lo siguiente:

1. Proceso Pre Evaluativo, mismo contó con la evaluación semestral correspondiente a los meses Enero- Junio 2020, donde se incluyeron los ajustes, verificación y validación de los mismos.
2. Recepción de solicitudes de cambios, donde se reprogramaron, modificaron, agregaron y eliminaron actividades, mediante el Formulario de Solicitud de Creación, Modificación y Eliminación de Documentos (PD-FO-001).



3. Trabajo de Escritorio con las áreas: Conforme recepción POA evaluados.
4. Recepción de informes evaluativo POA periodo enero-junio de cada una de las áreas.
5. Plenaria para la presentación de la evaluación de los planes operativos de todas las áreas, presentación informes de evaluación y % logrado por área e institucional.

GERENCIA ATENCIÓN AL USUARIO.

La Gestión de Atención al usuario ha velado en este año 2020 por cumplir y garantizar un trato Humanizado con calidad a los usuarios.

Elaboración Manual de Atención al Usuario (AU-MA-001), a fin de proporcionar una herramienta de trabajo a todos los colaboradores de éste centro hospitalario, que contribuya al cumplimiento de la misión, apegado a los valores de la Institución, para el logro de satisfacción de nuestros usuarios y de los servicios que ofrecemos.

Elaboración del Instructivo Tratamiento de Quejas, Reclamos y Sugerencias (PD-IN-004), para establecer las actividades para el tratamiento pertinente y eficaz de las quejas, reclamos y sugerencias presentado por los usuarios, a fin de garantizar su satisfacción.

Para dar respuesta a la demanda de los pacientes durante la pandemia COVID-19 se elaboró el Instructivo Realización de Conferencias para Teleconsultas (AU-IN-001), realizando un total de 583 conferencias Médico-Paciente.

Especialidades	Cantidad de llamadas
Neurología	37
Siquiatría	70
Medicina Familiar	276
Medicina Interna	59
Oncología	14
Pediatría	11
Urología	16
Cardiología	96
Sicología	2
Neumología	1
Reumatalgia	1
Total	583



Fuente: Gerencia de Atención al Usuario.



Cantidad de citas por las diferentes vías de acceso solicitadas.

Áreas	Cantidad
Citas Call Center	12,008
Módulo puerta principal	5,761
Módulo Emergencia	6,242
Cita vía WhatsApp	6,357
Total Citas	30,368

Fuente: Gerencia de Atención al Usuario.

A fin de conocer la satisfacción de los usuarios se aplicaron dos encuesta en el primer trimestre del año enero – marzo. La primera para saber el grado de satisfacción de nuestros usuarios y la segunda para determinar si nuestros usuarios tienen identificado los diferentes puntos de información y colocación de citas medicas.

Las quejas recibidas mediante los Buzones y expuestas en las oficinas por nuestros usuarios fueron un total de treinta (30) quejas, el cual se le dio el trato oportuno.

SUB-DIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.

Ante la situación presentada al finalizar el primer trimestre, se tuvo que re-dirigir las acciones para hacer frente a la pandemia COVID-19.

Entre las acciones implementadas citamos:

- Conformación Comité de Emergencia frente al Coronavirus.
- Creación del Área de Contingencia de Coronavirus.
- Puesta en funcionamiento 2 nuevos ventiladores mecánicos y 2 nuevos monitores de signos vitales en el área de internamiento de pacientes COVID-19.
- Se elaboraron los protocolos de limpieza y descontaminación reforzados para el área de limpieza y mayordomía ante la pandemia.
- Se están adquiriendo y aplicando pruebas rápidas para COVID-19 a usuarios y personal del hospital que lo amerite. A la fecha se han realizado 550 de estas pruebas.



Otros logros:

- Contratamos los servicios de un cirujano de columna, que realizara en el hospital los procedimientos con un “brazo en C”, equipo con el que no contaba el hospital y por lo tanto no podía ofrecer este servicio-Instalación torre endoscópica.
- Instalamos el segundo equipo de sonografía con que cuenta ahora el hospital en el área de imágenes diagnósticas y contratamos los servicios de un sonografista especializado en estudios Doppler periférico.
- Adquisición 3 Oxímetros.
- Elaboración Protocolos y Guías de Práctica Clínica de todos los estudios que se realizan el área de Imágenes Diagnósticas.
- Contratación Técnico Fisiatra.
- Hemos reducido el tiempo de espera de entrega de resultados en el área de imágenes diagnósticas: sonografías de 3 días de tiempo de espera a 15 minutos para entrega de resultados. En rayos X de 5 días, a 24 horas para entrega.
- Se contrató un personal de 5 especialistas exclusivos para atender la 4ta planta (emergenciólogos, intensivistas o internistas, con experiencia en manejo de pacientes muy críticos).
- Hubo que realizar cambios drásticos en la cartera de servicios debido a la pandemia (cierre completo de consultas ambulatorias durante un largo periodo, cierre de cirugías y procedimientos electivos), sin embargo iniciamos servicios innovadores como consultas por telemedicina y renovación de recetas vía Whatsapp.
- Mejoramos el pase de visita de las diferentes especialidades en el área de internamiento. Cada internista pasa visita semanalmente, evitando así la falta de seguimiento adecuado cuando se hace con un especialista diferente todos los días. También establecimos que el pase de visita se realice todos los días antes de las 10 de la mañana. Esto último fortalece la calidad de atención al usuario y mejora la logística de medicamentos e insumos entre el área de internamiento y la farmacia hospitalaria.

CA
M.
A



GERENCIA AUDITORÍA MÉDICA.

La Gerencia de Auditoría Médica en esta gestión hemos enfocado los esfuerzos en mejorar la estructura y registros del expediente clínico lo cual se traduce en identificación e implementación de mejoras que impactan en la calidad de atención prestada al nuestros usuarios.

Elaboración Instrumento para el Registro de Auditoría Concurrente (AM-FO-001), el registro y control de las auditorias concurrentes se realizan en este formulario.

Participación en la elaboración del Manual Gestión de Expedientes Clínicos (PD-MA-001), el cual establece el mecanismos para la organización, identificación y manejo del Expediente Clínico del paciente, mediante controles y técnicas estandarizadas, a fin de brindar un servicio integral enfocado en la mejora continua de los servicios de salud. Su alcance va desde la apertura del expediente clínico hasta su organización y control.

Resumen de las actividades:

Actividades	No.
Recepción expedientes facturados (Hospitalización, emergencias, diálisis)	9,722
Identificación de las debilidades a corregir	7,557
Devolución expedientes a las áreas para realizar las correcciones identificadas	7,557
Entrega expediente al auditor ARS	8,997
Recepción solicitud del usuario	50 solicitudes tramitadas y entregadas
Recepción factura de proveedor. Solicitar reportes de bacteriología al laboratorio	99% validación

Fuente: Gerencia de Auditoria Medica.



GERENCIA SERVICIO SOCIAL.

Se elaboró una propuesta para la Visita Domiciliaria, con el objetivo de brindar servicios de salud en el domicilio a los afiliados, con eficiencia y oportunidad, apoyado en el programa de promoción y prevención que contempla el PDSS, a fin de disminuir el número de ingresos hospitalarios, favoreciendo la estancia del afiliado dentro de su medio familiar, mejorando la calidad de vida de los usuarios atendidos por el programa y de sus familiares.

Se han realizado las evaluaciones de expedientes de pacientes hospitalizados que solicitan exoneración de pago con el objetivo de determinar cuál era su estatus y de aplicar, realizar la autorización de exoneración a la Dirección General.

GERENCIA PROCESOS Y REGISTROS.

El presente informe presenta la ejecución de los expedientes analizados para pago (ver cuadro)

Resumen revisión de Expedientes Periodo: Enero-Junio 2020

Mes	Suplidores	RRHH	Servicios Contratados	Reposición de Caja	Total
ene-20	37	26	11	9	83
feb-20	21	21	8	9	59
mar-20	62	24	8	6	100
abr-20	54	12	7	3	76
may-20	37	23	6	4	70
jun-20	55	21	10	6	92
TOTAL	266	127	50	37	480

Fuente; Gerencia de Control Proceso y Registro.

El total de expedientes analizados en el periodo asciende a la cantidad de 480 (cuatrocientos ochenta), a los cuales se les realizaron observaciones de lugar, las mismas fueron corregidas por los responsables.

Se elaboraron diferentes informes:

- Arqueo e informe a los controles y cajas de cables CLARO TV.



- Verificación e informe de Descargo de Medicamentos e Insumos vencidos.
- Informe salida de medicamentos consumo a pacientes.
- Informe al proceso de inventario en el mes de Marzo-2020.
- Informe y verificación del Incendio producido en el SEMMITA.

SUB-DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.

Gerencia de Facturación.

Automatización de la facturación en el sistema NIMBO, logrando el registro directo de la facturación a las cuentas de ingresos lo que nos permite llevar un mejor control de lo facturado y lo cobrado, así como llevar un registro estadístico de los servicios ofrecidos por el Hospital.

Esto se ha logrado mediante la adaptación del Catálogo de Cuentas Contable del HDSSD al Catálogo de las PDSS.

Gerencia Administrativa.

Implementación de un 95% del inventario en el sistema NIMBO, lo que permite que el Consumo Mensual de todos los renglones de Inventario, podamos calcularlo automáticamente y registrarse directamente en el módulo de Contabilidad.

Se elaboraron los siguientes procedimientos administrativos:

- Elaboración del Procedimiento Recepción de Bienes y Servicios (AF-PR-001) para establecer las actividades a realizar para la recepción, registro y control de bienes y servicios a fin de contar con registros que cumplan con las normas establecidas. Abarca desde la recepción de los bienes y servicios hasta la entrega de la factura al área financiera para fines de pago.
- Procedimiento de Activos Fijos (AF-PR-002), para establecer las actividades para el registro, control y custodia de los bienes muebles e inmuebles que permita dar



cumplimiento a las Normas y Políticas. Abarca desde la asignación del activo hasta el registro en libros.

- Procedimiento Despacho de Almacén (AF-PR-003), para controlar las salidas de los insumos a fin de abastecer oportunamente las áreas y mantener actualizado el stock mínimo y máximo. Abarca desde la requisición hasta la entrega a las áreas solicitantes.

Se realizó un conteo físico de los Activos Fijos de la Institución al 31 de diciembre y a la fecha está en ejecución un plan de acción para corregir y dar seguimiento a los hallazgos de dicho inventario.

Gerencia de Tesorería.

Se modificó el Reporte de Disponibilidad Diaria con el objetivo de minimizar el consumo de papel.

Gerencia de Contabilidad.

La implementación en un 90% del Módulo de Contabilidad en el Sistema Nimbo ha permitido disminuir el tiempo en la elaboración y Presentación de los Estados Financieros.

Procedimiento de Cuentas Contables (AF-PR-005) para el registro y creación de cuentas auxiliares de las Cuentas Controles del Catalogo de Cuentas Contables a fin de cumplir con la presentación de los Estados Financieros. Su alcance va desde la identificación de un nuevo registro en una cuenta no existente hasta la inclusión de dicha cuenta al Estado Financiero correspondiente.

SUB-DIRECCIÓN SERVICIOS GENERALES.

En el semestre enero-junio 2020 esta área tiene programada 88 actividades de las cuales se ejecutaron 74, obteniendo un cumplimiento general de un 78% en el logro de las actividades planificadas.



Gerencia de Mantenimiento.

Se elaboró la Matriz para la Formulación de Planes de Mantenimiento y los Planes Preventivos, Predictivos y Correctivos.

Se efectuó el levantamiento de protección de equipos, con el fin de identificar los equipos desprovistos de una fuente de poder ininterrumpible, dispositivo imprescindible para salvaguardar los aparatos electrónicos.

Se realizaron los mantenimientos descritos a continuación:

Mantenimientos Realizados Periodo: Enero – Junio 2020

Tipo	Cantidad
Equipos médicos	7
Camas internamientos	11
Mantenimiento preventivo A/C	14
Arreglo baños	1
Arreglo ventanas	1
Arreglo luces	4
Arreglo puertas	3
Toma corrientes	4
Conectores de tierra	1
Conectores de cobre	1
Pozo de tierra	1
Rampa de emergencia	1

Fuente: Sub-Dirección de Servicios Generales

Departamento de Lavandería.

A fin de garantizar la higiene de la ropería de los pacientes internos en las diferentes áreas del hospital se utilizaron los químicos correspondientes al tipo de ropa/área.

Departamento de Alimentación.

La asistencia alimentaria del paciente fue lograda en un 100% conforme a la hoja de dieta médica.

La elaboración de los alimentos a las áreas requeridas para actividades y capacitaciones y la elaboración de los alimentos al personal con derecho a la alimentación en sus turnos correspondientes (Residentes médicos) fue lograda en un 100%.

Ante la pandemia COVID-19 se establecieron normas de Bioseguridad en los Servicios de Alimentos Hospitalarios.

Departamento de Limpieza y Manejo de Desechos Hospitalarios.

Fumigación y control de plagas. Se ha cumplido con el control de plaga, para lo cual se fumiga cada 15 días, por parte de una empresa que fue contratada para estos fines.

Metodología de la recolección de la basura y el manejo de los desechos hospitalarios. Con el fin de minimizar los impactos ambientales y prevenir los riesgos a la salud de las comunidades en consideración a que este tipo de residuos presuponen un factor de riesgo sanitario y ambiental significativo, en ese sentido hemos desarrollado un trabajo articulado y armónico en lo que se refiere a la evaluación, seguimiento y monitoreo de las obligaciones de las actividades establecidas, la misma incluye capacitación dirigido al personal.

El proceso de la recolección de la basura y el manejo de los desechos hospitalario empieza con la clasificación selección, identificación y envasado para el adecuado manejo integral de los mismos.

La recolección interna de los residuos consiste en trasladar los residuos correctamente envasados, etiquetados y herméticamente cerrados del lugar de generación al almacenamiento dispuesto para el mismo. El personal del servicio encargado y capacitado para la recolección y transporte interno de los residuos. Verifica que todos los residuos provenientes del punto de origen, estén debidamente clasificados, identificados y en envases herméticamente cerrados. Caso contrario, el personal encargado de la recolección informa la irregularidad al supervisor de turno. El transporte interno de residuos, está establecido que la ruta es solo por el ascensor de carga.

Recolección externa. El servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos generados por nuestro hospital, es brindado por una empresa privada, la cual se encuentran normalizadas por el “**Reglamento sobre Los Desechos y Residuos Generados por los Centros de Salud y afines, emitido mediante decreto 126-09**”.



Departamento de Seguridad.

Actualmente nos encontramos en proceso de instalación un sistema de video vigilancia con objetivo, fortalecer la seguridad, con este daremos cobertura a una amplia diversificación de áreas, para las cuales es necesario una vigilancia constante, tanto en el interior como en el exterior de nuestro hospital, para mantener bajo protección los inventarios, la infraestructura, los usuarios y los empleados de nuestro hospital.

La distribución de los miembros en los lugares estratégicos y apoyo e los mismos a diferentes áreas que lo requieran.

GERENCIA JURÍDICA.

Documentos Trabajados Periodo: Enero – Junio 2020

No.	Documentos	Enero-Junio 2020
1	Procedimientos de contratos a suplidores	03
2	Extensión contrato de suplidores	04
3	Procedimientos de contratos de personal.	21
4	Procedimientos gestión de cuentas por cobrar a pacientes	19
5	Procedimiento de actos de descargos y finiquitos legales.	25
6	Casos Judiciales	05
7	Evaluación de documentos legales de los procesos de compras	05
8	Acuerdo de servicios	01
9	Actos de notarios	05
10	Compromisos de pago	08
TOTAL		96

Fuente: Gerencia Jurídica



SUB-DIRECCIÓN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.

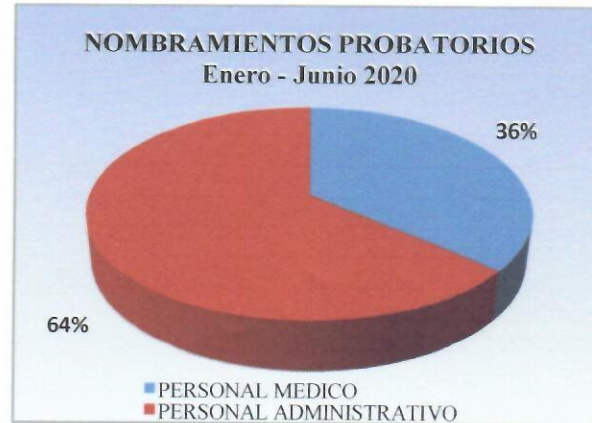
Documentación del Manual Inducción de Gestión Humana (RH-MA-001), para brindar al colaborador/a de nuevo ingreso una efectiva orientación general sobre la misión, estructura y principios de la entidad, así como sus derechos y obligaciones que contribuyen a la consecución de los objetivos institucionales. Este manual está dirigido para todo el personal de nuevo ingreso del HDSSD.

Acción de Personal Periodo Enero-Junio 2020.

Acciones de personal	Cantidad
Asignación de incentivo	5
Ajuste salarial	21
Cambio de dependencia	7
Cambio designación	4
Destitución de carácter administrativo	2
Extensión período probatorio	4
Licencia con disfrute con sueldo	151
Licencia por maternidad	5
Licencia por matrimonio	2
Nombramiento probatorio	11
Nombramiento Regular	30
Permisos laboral	15
Promoción	10
Renuncia	10
Vacaciones	164
Total	441

Fuente: Sub-Dirección Gestión Talento Humano





Durante el primer semestre 2020 fueron realizadas las siguientes actividades de capacitación:

No.	Capacitación	Fecha	Institución	Dirigido a	Participantes
1	Introducción a la Hacienda Pública	Febrero 2020	CAPGEFI	Área Financiera	8

SUB-DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN.

Realización de actividades de socialización de la plataforma estratégica: Se realizó un plan con un cronograma de divulgación para socializar la Visión, Misión y Valores, el cual fue aprobado por la D.G. e implementado, y se realizaron 03 (tres) actividades.

Elaboración de la Memoria Institucional año 2019.

Revisión de la Estructura Organizativa, para lo cual se realizaron 3 reuniones con la analista del Ministerio de Administración Pública, se realizaron levantamiento de información de 37 áreas, se recibió la primera propuesta relacionado a la Estructura Organizativa del Hospital.

Proceso de evaluación del POA HDSSD 2020, periodo Enero – Junio 2020.



Solicitudes de Cambio.

Para el periodo se recibieron un total de 29 solicitudes de cambio distribuidos de la siguiente forma;

Del POA se recibieron 26 solicitudes para cambiar 65 actividades de las cuales 8 no proceden y 21 fueron procesadas.

Del PACC se recibieron 3 solicitudes para cambiar 3 actividades, de las cuales 1 no procede y 2 se fueron procesadas.

Documentos	Cantidad
PACC	2
POA	27
Total	29

Fuente: Subdirección de Planificación

Con relación al Sistema de Gestión de Documentación, tal como lo establece el Instructivo Elaboración, Control y Distribución de Documentos PD-IN-001, se ha trabajado con la documentación de proceso priorizados, para el periodo reportado se han trabajado los siguientes documentos:

Cantidad de Documentos Periodo: Enero – Junio 2020

TIPO DOCUMENTO	APROBADOS	EN REVISIÓN	TOTAL
Manuales	6		6
Procedimientos	5	6	11
Instructivos	3	2	5
Formularios	4	11	15
Matrices	1		1
Políticas	3		3
Listados	2	1	3
TOTAL	22	20	43

Fuente: Sub-Dirección de Planificación



Gerencia de Estadísticas.

Generación de datos e informes estadísticos.

Departamento de Admisión.

En el periodo evaluado se realizaron un total de 247 **servicios de traslados** a pacientes hospitalizados.

Admisión de Pacientes Periodo: Enero – Junio 2020

Área	Cantidad
Emergencias.	7,758
Hospitalización	649
Total	8,407

Departamento de Archivo Clínico.

- **816** expedientes clínicos, depurados y digitados en la Matriz Registro y Ubicación de Expedientes Clínicos.
- Se han realizado los préstamos de expedientes a las áreas autorizadas a solicitar teniendo el control de préstamos.

Departamento de Epidemiología y Salud Colectiva.

Elaboración plan de salud colectiva, el cual está aprobado y en ejecución.

Registro y control de los formularios de Defunciones.

Realización de Charlas Salud Colectiva y remisión a la ARS.

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): 0

Servicio de Atención Integral (SAI): se entregó el tratamiento antirretroviral a los **25 pacientes** citados, cumpliendo los protocolos establecidos de la pandemia.

Pacientes COVID-19, se han realizado los reportes a la **región V** y a ***462**, y el seguimiento a los que han sido ingresado. Registro de las pruebas realizadas.

Registro de los Pacientes ingresados en área de aislamiento y seguimiento.

Registro cantidad de Pruebas Rápidas Realizadas.

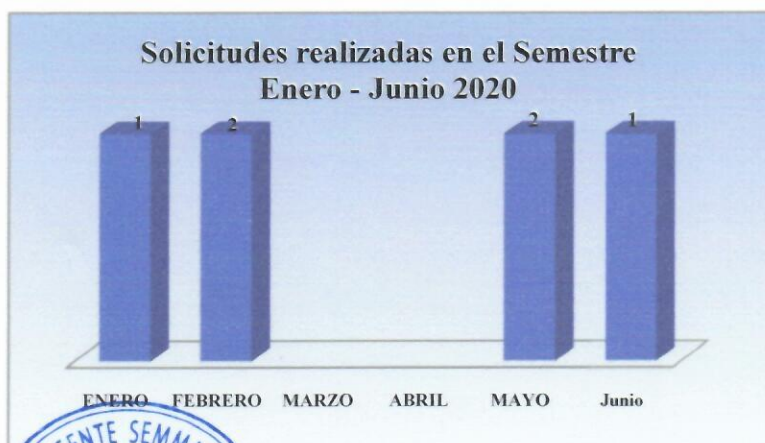


GERENCIA COMUNICACIONES.

OFICINA LIBRE ACCESO A LA INFORMACIÓN.

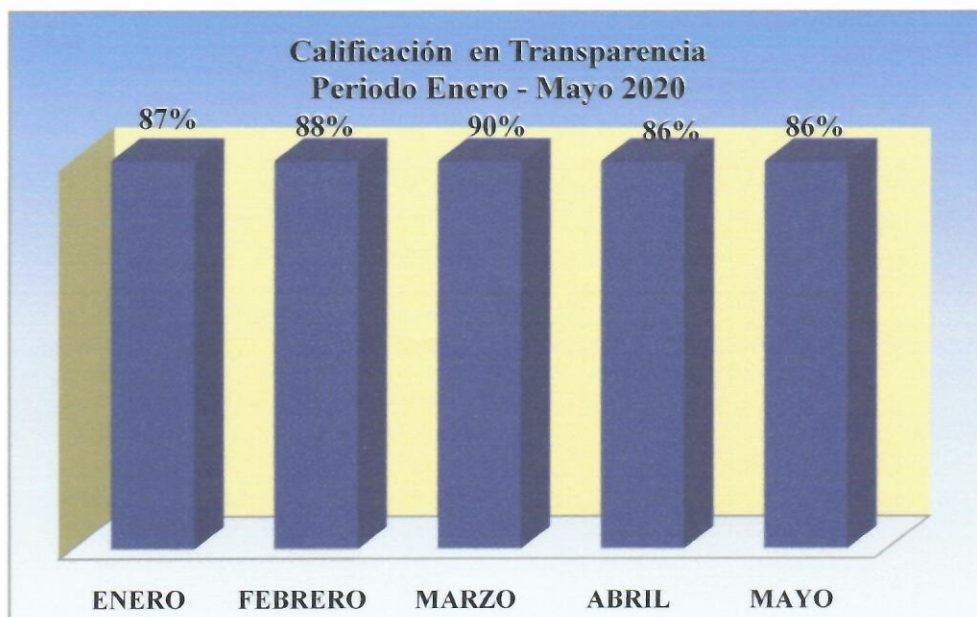
Conforme al registro de solicitudes de información pública, en la Oficina de Acceso a la información en el Periodo Enero - Junio 2020, fueron tramitadas seis (06) solicitudes de información pública, de las cuales fueron respondidas en tiempo hábil y de manera satisfactoria.

PA
B
H



Fuente: Oficina de Libre Acceso a la Información





La DIGEIG evalúa el trabajo de las Oficinas de Libre Acceso a la Información a través del Portal Único de Solicitud de Acceso a la Información Pública (SAIP), a continuación una tabla con las características evaluadas y el valor logrado:

Características Evaluadas	Valor de Logrado
Registro y actividad	3
Eficiencia y respuesta	6
Atención a conflictos	6

Fuente: OAI

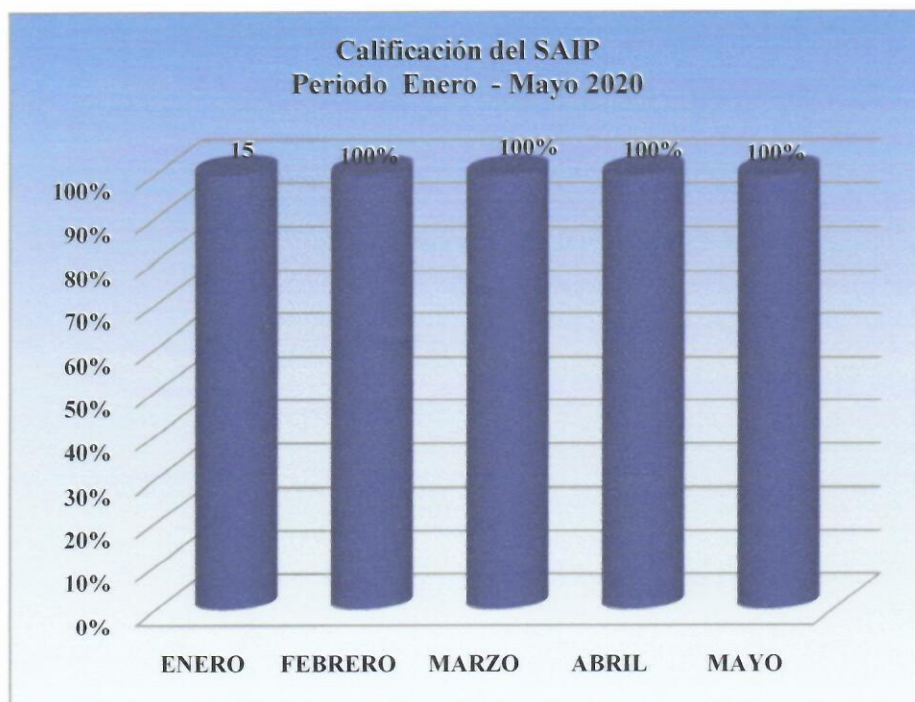
La oficina de Libre Acceso a la Información Pública ha sido evaluada a través del SAIP en lo que va de año, a continuación una gráfica de la puntuación por mes de la OAI.

GA

[Signature]

N.





Lo que se refleja en la gráfica es que en cada mes hemos obtenido la calificación máxima de 15 puntos equivalente al cien por ciento que sería la suma de las características evaluadas.

Portal 311 de Quejas, Denuncias, Reclamaciones y Sugerencias.

No recibimos solicitudes correspondientes al periodo.

La Comisión de Ética Pública del HDSSD.

LA Comisión de Ética Pública del HDSSD, ha sido evaluada durante los primeros cinco meses del año obteniendo la calificación de Enero y Febrero la máxima puntuación y por motivo del COVID-19 tuvieron que flexibilizar el plan de trabajo y reorientar a nuevas estrategias por lo cual en los meses de Marzo, Abril y Mayo solo pudimos obtener tres de cinco, a continuación una tabla de las características a evaluar por la DIGEIG.

Características	Valor
Listados de miembros	1
Medios de contacto del comité de Ética	1
Plan de trabajo del Comité de Ética	1
Avance del Plan de Trabajo del Comité de Ética	2

Fuente: OAI



INFRAESTRUCTURA.

Con el inicio del 2020 planificamos actividades para mejora de los espacios de servicio, por lo que procedimos a realizar las solicitudes pertinentes de forma tal que pudiéramos con el transcurrir del tiempo dar fiel cumplimiento a lo ya planificado para este año.

Iniciando el mes de marzo y ya con las intervenciones programadas para el primer trimestre en el proceso de adquisición, se nos presento la prioridad de intervenir un espacio que aunque no estaba dentro de lo planificado nos vimos en la necesidad de realizar debido a la situación que se nos venía encima, la pandemia de COVID-19, Esta la realizamos en tiempo record y con el mínimo consumo de recursos, fue ubicada en el área dedicada a la contingencia, detrás del área de emergencia.

A partir del 18 de marzo todo fue paralizado y es al iniciar el mes de junio cuando regresamos a nuestras labores habituales con la necesidad de adoptar medidas de distanciamiento, lo cual nos obliga a tomar medidas que cumplan con esa nueva normativa, por lo que procedimos a readecuar algunas áreas que por la falta de espacio y la distribución del mobiliario no cumplían con este requerimiento.

Procedimos a la intervención en dos de los consultorios de cardiología los cuales debido al poco espacio decidimos unirlos y convertir el espacio en una sala de espera y donde estaba la sala de espera anteriormente, la cual resultaba de espacio limitado para la cantidad de pacientes que solicitan el servicio, habilitamos el consultorio # 2 de cardiología.

También procedimos a señalizar y proteger los espacios de circulación dentro de nuestro hospital, se colocaron mampara de protección para el personal que brinda los servicios en las áreas públicas, se colocaron lavamanos en tres de las entradas de nuestro centro así como también se colocaron bandejas para la higienización de calzado.

Estos trabajos han sido coordinados con el equipo que conforma la comisión para el protocolo para la reapertura de servicios y adaptación al trabajo HDSSD posterior a la cuarentena por la pandemia de COVID-19, de la cual esta gerencia forma parte.



GERENCIA TECNOLOGÍA.

Rápida conexión de usuarios al servidor. Nuestro objetivo estratégico era de adquirir un nuevo servidor para el primer trimestre del año en curso, incluso se hizo el análisis y solicitud para cumplir dicho objetivo, pero a la fecha estamos a la espera de la aprobación de la compra del servidor solicitado.

Estructurado el cableado de red y centralizado el servicio de UPS. Se entregó a la Dirección General nuestra institución un proyecto donde se detallaba que necesitábamos para cumplir el objetivo de cambiar el cableado estructurado de la red en todo el hospital, estamos a la espera de que dicho proyecto sea aprobado. Elaboración y ejecución Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de cómputos. Se elaboró un cronograma de actividad donde se encuentra detallado.

Proceso	enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
Prueba de restauración de Backup																																																
Prueba contingencia de dominio																																																
Revisión políticas de Seguridad																																																
Backup diarios																																																
Actualización de servidores (Software)																																																
Inventario de licencias																																																
Mantenimiento a equipos de computos																																																
Mantenimiento a impresoras																																																
Mantenimiento Aires Acondicionados																																																

Elaboración Manual de Seguridad de la Información. Se documentó e implementó este manual para asegurar la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información y el funcionamiento de los sistemas de información e infraestructura tecnológica para la gestión de la información.

Evaluación de la implementación de todos los módulos del sistema Nimbo. El sistema Nimbo se encuentra en su fase final, módulos implementados: Facturación, Las Caja Chica, Activo Fijo, Contabilidad, Farmacia, Almacén General, Inventario, Cuenta por Cobrar, Pie Diabético, Conciliación Bancaria.

Estatus del Proyecto NIMBO
Fuente: Gerencia de Tecnología



PRINCIPALES LOGROS INSTITUCIONALES POA. PERIODO ENERO-JUNIO 2020.

1. Implementación de Consultas de Telemedicina.
2. Documentación e Implementación del Sistema de Atención al Usuario (Creación de Comité, Documentación de: Manual e Instructivo y Formulario).
3. Adquisición de Equipos Médicos (Recursos propios y donaciones) :
 - 3.1 Brazo C para cirugía de Columnas.
 - 3.2 Sonógrafo.
 - 3.3 Torre Endoscópica.
 - 3.4 Dos ventiladores mecánicos.
 - 3.5 Dos monitores de signos vitales.
4. Documentación e implementación del Manejo de Expediente Clínico (Manual, Listado de Documentos, Kárdex).
5. Implementación 90% del Sistema Nimbo ERP.
6. Documentación e implementación del Manual de Políticas de Seguridad de la Información.
7. Implementación del Sistema de Gestión Documental.
8. Implementación Planificación Estratégica.
9. Certificación Norma NORTIC E:1.
10. Documentación e Implementación de la Política de Declaración de Confidencialidad del Empleado.
11. Aumento de la Calificación de Transparencia.

GA
N.
AS

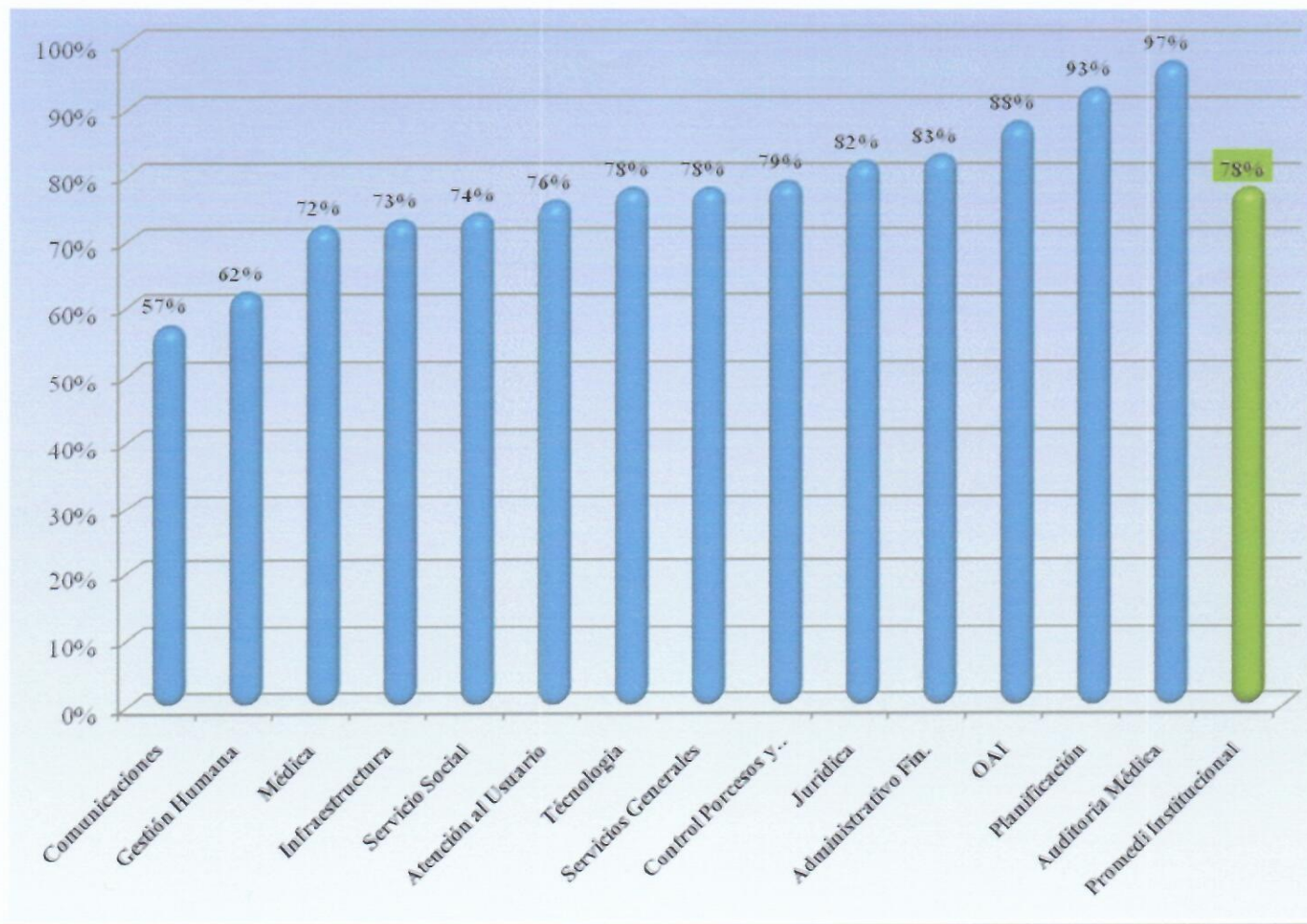


RESULTADOS DE EVALUACIÓN

EVALUACION POA ENERO-JUNIO 2020			
No.	AREAS	Evaluación final	Sistema semáforo
1	DIRECCION GENERAL		
2	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA (Gerencia Administrativa, Gerencia de Compras, Gerencia de Tesorería, Gerencia de Contabilidad, Presupuesto, Facturación)	83%	😞
3	SUBDIRECCIÓN PLANIFICACIÓN Y CONOCIMIENTOS (Gerencia de Estadísticas, Admisión y Archivo, Gerencia de Epidemiología, Gerencia Monitoreo y Evaluación).	93%	😊
4	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA	62%	😡
5	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES (Gerencia de Alimentos y Bebidas, Servicio de Transporte, Gerencia de Lavandería, Gerencia de Mantenimiento y Reparaciones, Gerencia de Vigilancia y Seguridad, Gerencia de Limpieza y Desechos Hospitalarios, Eventos y Banquetes).	78%	😞
6	SUBDIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (Gerencias de Servicios Clínicos y especialidades, Imágenes,	72%	😞
7	GERENCIA JURIDICA	82%	😞
8	GERENCIA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN	78%	😞
9	GERENCIA DE ATENCIÓN AL USUARIO	76%	😞
10	GERENCIA DE COMUNICACIONES	57%	😡
11	GERENCIA DE SERVICIO SOCIAL	74%	😞
12	OFICINA DE LIBRE ACCESO A LA INFORMACIÓN (Comité de Ética)	88%	😊
13	CONTROL DE PROCESOS Y REGISTRO	79%	😞
14	INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO	73%	😞
15	AUDITORÍA MÉDICA	97%	😊
PROMEDIO INSTITUCIONAL		78%	😞

PA
 H.
 BB

EVALUACIÓN POA
PERIODO: ENERO-JUNIO 2020





Elaborado Por:

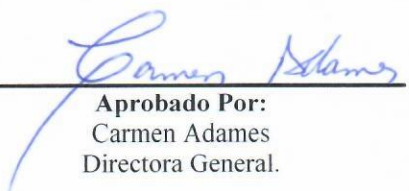
Dania Alexandra Serrata
Gerente de
Monitoreo y Evaluación





Revisado Por:

Yuberquis Genao
Subdirectora de Planificación



Aprobado Por:

Carmen Adames
Directora General.





**HOSPITAL DOCENTE SEMMA SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA**

C/ José Joaquín Pérez esq. Josefa Perdomo, Gazcue, Santo Domingo, R.D.

Tel.: (809) 686-1705 | 1503 | 1428

info@hdssd.semma.gob.do

