



REPÚBLICA DOMINICANA

MEMORIA INSTITUCIONAL

—
AÑO 2025



MEMORIA INSTITUCIONAL

—
AÑO 2025

TABLA DE CONTENIDOS



Memoria Institucional 2025

RESUMEN EJECUTIVO	1
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL	12
RESULTADOS MISIONALES	15
RESULTADOS DE LAS ÁREAS TRANSVERSALES Y DE APOYO	29
SERVICIO AL CIUDADANO Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL	52
PROYECCIONES PARA EL PRÓXIMO AÑO.....	71
ANEXOS	89

RESUMEN EJECUTIVO

Memoria Institucional 2025

La presente Memoria Institucional tiene como propósito documentar y evaluar los procesos de planificación y desarrollo ejecutados por la institución durante el período enero -noviembre 2025. A través de este informe, se busca dejar constancia de los logros alcanzados, las estrategias implementadas y los desafíos enfrentados, contribuyendo así a la transparencia, mejora continua y fortalecimiento institucional.

El fin principal es prestar servicios de salud con humanización y calidad a la población en general, pertenece a la red de servicios públicos de alta complejidad (3er. nivel de atención), con altos estándares de calidad y seguridad para nuestros usuarios externos e internos y colaboradores.

El Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, es una institución de salud de tercer nivel de atención, perteneciente a la Red Pública de Salud. El centro está ubicado en la Av. Isabel Aguiar # 141, Herrera, municipio Santo Domingo Oeste, provincia Santo Domingo.

El Departamento de Planificación y Desarrollo del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana tiene como objetivo principal dirigir, coordinar y fortalecer los procesos de planificación institucional, garantizando que la gestión hospitalaria se realice de manera estratégica, eficiente y orientada a resultados.

Para ello, el departamento desarrolla, actualiza y da seguimiento al Plan Estratégico y al Plan Operativo Anual (POA), asegurando que los programas, proyectos y recursos del hospital estén alineados con



las prioridades institucionales y las necesidades de la población atendida.

Asimismo, aplica metodologías de gestión por resultados, análisis de indicadores y modelos de planificación modernos, promoviendo la mejora continua, la optimización del uso de los recursos y el cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la institución.

El Departamento de Planificación y Desarrollo del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana desempeña un papel fundamental en la conducción estratégica de la institución, orientando los procesos de gestión hacia la eficiencia, el uso adecuado de los recursos y la mejora continua de los servicios de salud.

Durante el período enero-noviembre 2025, el departamento avanzó en la actualización y ejecución del Plan Estratégico Institucional, así como en la formulación, acompañamiento y seguimiento del Plan Operativo Anual (POA), garantizando su alineación con las metas institucionales y las políticas del sector salud.

Se fortalecieron los mecanismos de planificación mediante la incorporación de herramientas basadas en gestión por resultados, análisis de indicadores y metodologías de formulación y evaluación de proyectos. Así mismo, se brindó asesoría técnica a las diferentes áreas del hospital en la definición de metas, estructuración de iniciativas y monitoreo de avances, contribuyendo a la toma de decisiones informadas y oportunas.

Entre los principales logros destacan la mejora del proceso de formulación del POA, el incremento de la participación de las unidades operativas en la planificación institucional, el seguimiento sistemático a indicadores estratégicos y el desarrollo de productos



analíticos que permitieron identificar avances, brechas y oportunidades de mejora.

No obstante, persisten desafíos relacionados con la disponibilidad presupuestaria, la necesidad de ampliar herramientas tecnológicas y la alta demanda de asistencia técnica, aspectos que representan oportunidades de fortalecimiento para los próximos años. El Departamento mantiene el compromiso de continuar liderando una planificación moderna, participativa y sostenible, orientada a elevar la calidad de los servicios de salud ofrecidos y apoyar el desarrollo institucional del hospital.

El Departamento de Monitoreo y Evaluación del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana tiene como objetivo principal garantizar la calidad y eficiencia de los servicios de salud proporcionados, mediante el seguimiento y evaluación constante de los programas y proyectos hospitalarios. Esto se logra a través de la aplicación de herramientas y metodologías de evaluación, alineadas con el Plan Operativo Anual (POA) del hospital, para asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos definidos.

Funciones Principales del Departamento:

- **Desarrollo de Planes de Monitoreo y Evaluación:** Elaborar y coordinar los planes de monitoreo y evaluación para los proyectos y programas del hospital, alineados con los objetivos establecidos en el POA.
- **Seguimiento de Indicadores de Desempeño:** Realizar el seguimiento continuo de los indicadores de desempeño



hospitalarios, como tiempos de respuesta, calidad de atención, y satisfacción de los pacientes, entre otros.

- **Recolección y Análisis de Datos:** Recopilar, procesar y analizar la información de los diferentes departamentos y servicios del hospital, con el fin de evaluar los resultados y el impacto de las acciones implementadas.
- **Evaluación de Programas y Proyectos:** Evaluar la efectividad de los programas y proyectos de salud, utilizando metodologías cualitativas y cuantitativas para medir el grado de cumplimiento de los objetivos planteados en el POA.
- **Elaboración de Informes y Recomendaciones:** Preparar informes periódicos y presentaciones sobre el progreso de los proyectos, proporcionando recomendaciones basadas en los resultados obtenidos para mejorar la gestión hospitalaria.
- **Capacitación y Asesoría:** Brindar formación continua a los miembros del hospital en técnicas de monitoreo y evaluación, fortaleciendo la cultura de la medición y la rendición de cuentas.

Coordinación con Otras Áreas: Trabajar en colaboración con otras áreas del hospital para garantizar la correcta implementación y seguimiento de los proyectos y actividades en el marco del POA

La Oficina de Acceso a la Información (OAI) del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana fundamenta su operación en la Ley 200 -04 sobre Libre Acceso a la Información Pública y su Reglamento de Aplicación. Su accionar se alinea con los principios establecidos en la Constitución de la República Dominicana y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, garantizando así el derecho fundamental de los ciudadanos a



acceder a la información.

En cuanto a los resultados de las áreas transversales y de apoyo, se ha fortalecido la infraestructura tecnológica, la gestión de recursos humanos y los procesos administrativos, lo que ha permitido brindar un soporte más eficiente a las operaciones misionales.

Un aspecto destacado ha sido el fortalecimiento del Servicio al Ciudadano y la Transparencia Institucional. La Oficina de Acceso a la Información ha mantenido un desempeño sobresaliente, superando el 90 % en los índices de transparencia de la DIGEIG y atendiendo todas las solicitudes de información pública de manera oportuna y eficaz.

Las proyecciones para el próximo año incluyen: la obtención de la certificación NORTIC A3 sobre Datos Abiertos; alcanzar el 100 % en las calificaciones de la DIGEIG; mejorar la infraestructura física de la OAI mediante la incorporación de nuevo personal y equipos; y la conformación de la Comisión de Ética Pública. Estas iniciativas reafirman el compromiso del hospital con la mejora continua y la rendición de cuentas.

Este resumen ejecutivo subraya la dedicación del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana a su misión de proporcionar atención de salud de calidad, manteniendo altos estándares de transparencia y eficiencia en todas sus operaciones.

El área de Recursos Humanos del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana desempeña un papel fundamental en el fortalecimiento de nuestra capacidad institucional y en la garantía de un servicio de salud eficiente, humanizado y con altos estándares de calidad. Esta



memoria institucional presenta una visión detallada de los principales logros, avances, desafíos y estrategias implementadas por el Departamento de Recursos Humanos durante el período evaluado, en el marco de nuestro compromiso con la excelencia organizacional.

El capital humano es, sin duda, el recurso más valioso con el que cuenta el hospital. A través de una gestión estratégica del talento, hemos enfocado nuestros esfuerzos en promover un entorno laboral saludable, fortalecer las competencias del personal, optimizar los procesos administrativos y fomentar una cultura organizacional basada en la ética, el respeto y la vocación de servicio.

Durante este período, se han desarrollado importantes iniciativas orientadas al desarrollo profesional, la mejora en los procesos de reclutamiento, la capacitación continua, la evaluación del desempeño y la implementación de políticas que promueven la equidad, la inclusión y el bienestar del personal.

El Departamento de Calidad de los Servicios del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana desempeña un rol clave en la supervisión, evaluación y mejora continua de los servicios de salud ofrecidos. Su misión es garantizar que la atención brindada a los pacientes cumpla con los más altos estándares de calidad, seguridad y humanización, alineándose con las normativas nacionales e internacionales.

El Departamento de Contabilidad es la unidad del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana encargada de velar porque toda la información que afecta los ingresos y egresos esté debidamente registrada, así como de garantizar el cumplimiento de las normativas y leyes establecidas por la Dirección General de Contabilidad, en



conjunto con las demás instituciones del Estado que regulan su aplicación.

El Departamento de Enseñanza del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana se dedica a fomentar la formación académica, profesional y técnica del personal sanitario, consolidándose como un referente en la educación médica continua y en la formación de futuros profesionales de la salud en la República Dominicana.

El Departamento de Estadística del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana presenta su memoria institucional correspondiente al año 2025, con el objetivo de documentar y comunicar los avances, actividades, logros y desafíos enfrentados durante este período. Nuestro compromiso con la recolección, el análisis y la difusión de datos estadísticos ha contribuido significativamente a la toma de decisiones informadas en la gestión hospitalaria.

El **Servicio de Farmacia Hospitalaria** es un Servicio General Clínico, integrado funcional y jerárquicamente en el hospital. De acuerdo con la legislación vigente, Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura, sobre la regulación de los servicios farmacéuticos de hospitales, las actividades que se realizan son:

1. Selección de medicamentos bajo criterios de eficacia, seguridad, calidad y economía.
2. Adquisición y suministro de los medicamentos seleccionados, asumiendo la responsabilidad de su calidad, cobertura de necesidades, almacenamiento, período de validez, conservación, custodia, distribución y dispensación.
3. Elaboración y dispensación de fórmulas magistrales o preparados



oficiales, de acuerdo con las normas de correcta fabricación y los controles de calidad reglamentarios, cuando razones de disponibilidad o eficiencia lo hagan necesario o conveniente.

4. Dispensación ambulatoria de medicamentos de uso hospitalario a aquellos pacientes que lo precisen, facilitando, con garantía de privacidad, información verbal y/o escrita para reforzar la adherencia a los tratamientos y asegurar su correcta conservación y utilización.
5. Establecimiento de un sistema de información sobre medicamentos que proporcione datos objetivos, así como la implantación de un sistema de farmacovigilancia intrahospitalaria capaz de detectar y comunicar al Sistema Nacional de Farmacovigilancia las sospechas de efectos adversos relevantes.

El Departamento de Prevención y Gestión de Riesgos y Desastres tiene a su cargo la planificación, coordinación y ejecución de acciones destinadas a reducir los riesgos asociados a desastres naturales y emergencias dentro del Hospital, incluyendo los dos edificios médicos y el edificio administrativo.

Entre sus responsabilidades se encuentra la coordinación del Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres (CHED), la revisión de los preplanes de emergencia de acuerdo con el tipo de evento presentado, así como del Plan General de Emergencia del Hospital. También se encarga de coordinar los operativos de Semana Santa, navideños y de cualquier posible emergencia relacionada con desastres naturales o incidentes críticos.

Además, realiza la revisión de los activos de respuesta ante emergencias, tales como el sistema de supresión contra incendios, los



extintores, las estaciones de activación de evacuación, las rutas de evacuación, los puntos de encuentro y las capacitaciones correspondientes al personal. Se ejecutan regularmente simulacros de evacuación con el fin de medir la efectividad de las capacitaciones impartidas a todo el personal del hospital.

Aunque el departamento abarca múltiples funciones, en esta ocasión se destacan las principales:

- 1. Evaluación de riesgos:** Identificar y analizar los riesgos potenciales en las diferentes áreas del hospital.
- 2. Planificación y preparación:** Desarrollar planes de contingencia y estrategias de respuesta ante emergencias.
- 3. Capacitación y educación:** Formar y sensibilizar a la comunidad hospitalaria en medidas de prevención y respuesta.
- 4. Coordinación de recursos:** Gestionar de forma oportuna y eficiente los recursos necesarios para enfrentar emergencias.
- 5. Respuesta y recuperación:** Ejecutar acciones inmediatas durante y después de una emergencia, minimizando el impacto y facilitando el proceso de recuperación.

Durante el año 2025, el área de Hostelería Hospitalaria ha desempeñado un papel clave en el fortalecimiento de la calidad del servicio ofrecido por el Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.

Aunque tradicionalmente percibido como un departamento auxiliar, ha demostrado ser fundamental para garantizar un entorno hospitalario seguro, limpio, funcional y humano, lo que contribuye directamente a:

- La recuperación de los pacientes.
- El bienestar del personal de salud.



- La eficiencia operativa del hospital.

Como parte del compromiso institucional con la mejora continua, se diseñó y ejecutó un plan de mejora integral enfocado en optimizar diversos procesos, tales como:

- Gestión de ropa hospitalaria.
- Servicio de lavandería.
- Control de insumos higiénicos.
- Supervisión de baños.
- Revisión y mantenimiento de dispensadores de jabón.
- Condiciones de las habitaciones.

El Departamento de Nefrología y Hemodiálisis del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana está dedicado a la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades que afectan la función renal. Esta unidad especializada atiende tanto a pacientes crónicos como agudos, brindando cuidados de alta complejidad mediante un equipo multidisciplinario y tecnología de vanguardia.

Durante el año 2025, el Departamento de Nefrología y Hemodiálisis mantuvo su compromiso con la atención integral de pacientes con enfermedades renales crónicas y agudas. A pesar de los retos operativos y logísticos, se logró preservar la continuidad del servicio con calidad, seguridad y un enfoque humano.

El Departamento de Salud Ocupacional se enfoca en la protección y promoción de la salud física y mental del personal que labora en el centro. Su misión principal es implementar estrategias preventivas, monitorear las condiciones laborales y fomentar un ambiente seguro que prevenga enfermedades ocupacionales y minimice los riesgos laborales. Todo esto contribuye a la satisfacción y el rendimiento del personal, lo que repercute directamente en la calidad de la atención al paciente.



Objetivos principales:

- Prevenir enfermedades y accidentes laborales.
- Promover el bienestar físico y mental del personal.
- Garantizar el cumplimiento normativo y de las regulaciones en salud laboral.
- Fomentar la capacitación y educación continua.



INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

Memoria Institucional 2025

Misión:

“El Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana es una institución sin fines de lucro que oferta servicios de salud con calidad, humanizados y eficientes, utilizando tecnología adecuada, formación continua e investigación, donde las decisiones están sustentadas en base al análisis de la información.”

Visión:

“Ser la institución del país y Latinoamérica de mayor prestigio en la gestión hospitalaria enfocada en resultados, al garantizar la asistencia de la salud como un bien social, brindando el mayor beneficio a los usuarios, manteniendo la calidad, humanización y eficiencia de los servicios ofertados, utilizando tecnología adecuada, docencia e investigación, contribuyendo así con la mejoría de la calidad de vida de los (as) miembros de la comunidad.”

Valores:

- **Humanización:** Garantizar el trato humano, digno y de respeto a los usuarios internos y externos.
- **Calidad:** Garantizar el máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología adecuada, tomando en cuenta los requerimientos de los

usuarios,



así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución, de acuerdo con los valores sociales imperantes.

- **Eficiencia:** Lograr los mejores resultados con los recursos existentes.
- **Tecnología:** Garantizar tecnología adecuada y de seguridad.
- **Equidad:** Garantizar la entrega de servicios mediante una adecuada distribución de las contribuciones financieras en igualdad de condiciones, sin distinción de clases sociales, sexual o género, discapacidad, filiación política o religiosa, raza o nacionalidad.
- **Responsabilidad Social:** Enfocar nuestras acciones a lograr los mayores beneficios sociales para los miembros de la comunidad y colaboradores en el ámbito de actuación de la institución.
- **Participación:** Garantizar la participación como una dinámica de desarrollo y colaboración institucional y de empoderamiento de los colaboradores y miembros de la comunidad en su institución.
- **Ética:** Sustentar y garantizar la actuación de la institución y la de sus colaboradores en el cumplimiento de las normativas legales y morales de la sociedad.

Sobre la Organización de la Oficina de Acceso a la Información

La Oficina de Acceso a la Información (OAI) del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana cumple con los requisitos establecidos en la Ley General de Libre Acceso a la Información Pública (LGLAIP) y en lo dispuesto en el artículo 12 de su reglamento de aplicación, adecuando dichos lineamientos a las



características específicas de la institución. En ese sentido, su estructura cuenta con:

- Recursos humanos, materiales y económicos adecuados para el desempeño efectivo de sus funciones.
- Un espacio accesible, donde toda persona puede obtener información y, en caso necesario, solicitar su reproducción, ya sea dentro o fuera de la institución.
- Registro, enumeración y descripción detallada de los archivos, libros y bases de datos existentes en la entidad.
- Un Manual de Procedimientos que rige sus operaciones.



RESULTADOS MISIONALES

Memoria Institucional 2025

Durante el periodo enero-noviembre 2025 el **Departamento Planificación y Desarrollo** obtuvo los siguientes resultados misionales:

- Alineación institucional con los objetivos estratégicos del sector salud, garantizando que los planes y proyectos del hospital respondieran a las prioridades nacionales y a las necesidades de la población atendida.
- Cumplimiento eficiente del Plan Operativo Anual (POA), con un alto porcentaje de ejecución de metas y proyectos, lo que fortaleció la capacidad del hospital para mejorar sus servicios y operar con mayor efectividad.
- Fortalecimiento de la gestión basada en evidencias, mediante la implementación de indicadores de desempeño que permitieron medir avances, identificar déficits y adoptar acciones correctivas oportunas.
- Consolidación del enfoque de gestión por resultados, contribuyendo a que las unidades operativas planificaran con una visión clara del impacto esperado y no solo del cumplimiento de actividades.
- Optimización del uso de recursos institucionales, al priorizar proyectos e iniciativas con mayor impacto en la atención de salud y la calidad del servicio al usuario.



- Mayor integración de la planificación con los procesos asistenciales y administrativos, permitiendo que los departamentos del hospital relacionaran sus metas con los resultados institucionales.
- Generación de análisis periódicos para la toma de decisiones, que permitieron a la Dirección General orientar la gestión hospitalaria con mayor precisión y oportunidad.
- Impulso de la cultura de planificación participativa, logrando mayor involucramiento de los departamentos en la construcción, ejecución y seguimiento del POA.

Departamento de Monitoreo y Evaluación del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana se enfocan en el cumplimiento de los objetivos estratégicos del hospital, la mejora continua de la calidad de los servicios y la optimización del uso de los recursos.

- **Mejora en la Calidad de los Servicios de Salud:** Se ha logrado una evaluación constante de los servicios médicos, logrando identificar áreas de mejora que han permitido elevar los estándares de calidad y satisfacción de los pacientes.
- **Cumplimiento de los Objetivos del POA:** Los programas y proyectos establecidos en el Plan Operativo Anual (POA) han sido cumplidos en su mayoría, con un seguimiento detallado que asegura que las actividades se realicen de acuerdo con los plazos y presupuestos estipulados.
- **Fortalecimiento de la Cultura de Evaluación y Rendición de Cuentas:** Se ha promovido una cultura de transparencia y rendición de cuentas dentro de la institución, con informes periódicos y retroalimentación clara y accesible a la alta



dirección y al personal involucrado en la ejecución de proyectos.

- **Impacto en la Mejora de los Procesos Administrativos y Clínicos:** La retroalimentación de los resultados del monitoreo ha permitido ajustar los procesos operativos para reducir tiempos de espera y mejorar la eficiencia en los servicios.

Durante el período de enero a noviembre de 2025, la **Oficina de Acceso a la Información (OAI)** del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana ha alcanzado resultados misionales significativos, reafirmando su compromiso con la transparencia y el derecho ciudadano a la información. A continuación, se detallan los principales avances y logros en su gestión:

- **Atención y procesamiento de solicitudes**

Se procesaron y respondieron 10 solicitudes de información pública recibidas a través de diversos canales, incluyendo la plataforma 311 y el Sistema de Acceso a la Información Pública (SAIP). Todas las solicitudes fueron respondidas de manera oportuna, manteniéndose un 0 % de solicitudes pendientes o rechazadas. Este desempeño refleja la eficiencia y el compromiso de la OAI en garantizar el acceso oportuno a la información.

- **Transparencia institucional**

La OAI ha jugado un papel clave en mantener y mejorar los índices de transparencia del hospital, logrando calificaciones superiores al 90 % en las evaluaciones realizadas por la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG) durante los meses de enero a abril de 2025. El promedio de calificación alcanzado fue de 92.58 %, lo que evidencia el esfuerzo continuo por la rendición de cuentas y la publicación proactiva de información.



- **Actualización y mantenimiento del portal de transparencia**

Se garantizó la actualización constante de los datos en el portal de transparencia del hospital, asegurando que la ciudadanía tenga acceso a información veraz y oportuna sobre la gestión institucional, compras y contrataciones, y otros datos de interés público.

- **Atención a quejas, sugerencias y reclamaciones (QSR)**

La OAI continuó atendiendo de manera eficiente las quejas, sugerencias y reclamaciones de los usuarios, consolidándose como un canal fundamental para la retroalimentación ciudadana y la mejora continua de los servicios institucionales.

Durante el período de enero a noviembre de 2025, la **Gerencia de Recursos Humanos** del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana ha alcanzado resultados misionales significativos entre los que destacan:

- **Estadísticas Semestrales**

Es fundamental detenernos a analizar el desempeño y los resultados obtenidos durante este período. Las estadísticas semestrales no solo nos proporcionan una visión clara y cuantificable de los logros alcanzados, sino que también nos permiten identificar tendencias, áreas de mejora y oportunidades para el futuro. (Ver Tabla 1. Estadísticas Semestrales, Anexos).

- **Encuestas**

Promedio general de satisfacción de los usuarios: 94 % (superando la meta institucional del 90 %)

Satisfacción en consultas médicas: 90.72 %.



- **Acciones Destacadas**

Reducción de aglomeraciones en áreas de espera

Habilitación de sillas adicionales para mayor comodidad

Aumento en la aplicación de encuestas de satisfacción

Incremento en la cantidad de citas programadas

- **Administración y Transparencia**

Continuidad en la actualización del portal de transparencia

Fortalecimiento de los procesos de recepción y gestión de quejas

Mantenimiento del acceso oportuno a la información pública

El **Departamento de Calidad de los Servicios** del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana ha alcanzado importantes logros en su misión de promover y garantizar la calidad, seguridad y eficiencia en los servicios de salud ofrecidos. Esto ha contribuido significativamente al bienestar y la satisfacción de los usuarios mediante el desarrollo de procesos estandarizados, innovadores y humanizados, implementando las siguientes acciones:

- **Estándares de calidad:**

Desarrollo e implementación de políticas y procedimientos alineados con estándares internacionales.

Obtención de certificaciones que avalan la calidad de los procesos.

- **Monitoreo y mejora continua de la calidad:**

Establecimiento de indicadores clave de desempeño para medir y mejorar continuamente la calidad del servicio.



Reducción de los tiempos de respuesta y resolución de problemas.

- **Gestión de la satisfacción del usuario:**

Aplicación de encuestas de satisfacción y análisis de la retroalimentación para identificar áreas de mejora.

Incremento significativo en la puntuación de satisfacción del usuario.

- **Promoción de una cultura organizacional orientada a la calidad:**

Sensibilización del personal sobre la importancia de la calidad en todos los niveles de la organización.

Desarrollo de iniciativas de reconocimiento para empleados destacados en la entrega de servicios de calidad.

- **Gestión de auditorías internas y externas:**

Supervisión de auditorías regulares para garantizar el cumplimiento de los protocolos y la mejora continua de los procesos.

Reducción en los tiempos de resolución de no conformidades.

Departamento de Contabilidad del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana se ha propuesto lograr avances significativos en la gestión financiera institucional, con el objetivo de contribuir de manera directa a la sostenibilidad económica y a la calidad de los servicios ofrecidos a la población. Las metas planteadas incluyen:

- Reducción de la deuda institucional en un 50%, permitiendo así un manejo más eficiente de los recursos percibidos y fortaleciendo la capacidad de inversión en áreas críticas como insumos médicos, infraestructura y personal.



- Implementación de un nuevo sistema de contabilidad que optimice la generación de reportes financieros. Este sistema permitirá una mayor transparencia, agilidad y calidad en la entrega de la información solicitada por los organismos de control, unidades internas y entes externos, contribuyendo a una toma de decisiones más oportuna y basada en datos precisos.
- Eliminación total de glosas (0%) mediante un trabajo articulado con las áreas de facturación y auditoría médica, asegurando la correcta codificación y documentación de los servicios brindados. Esto permitirá recuperar en su totalidad los ingresos generados por atenciones médicas, fortaleciendo la disponibilidad financiera para satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar la atención integral.
- Fortalecimiento de los controles internos a través de auditorías periódicas, conciliaciones bancarias oportunas y seguimiento constante a la ejecución presupuestaria, garantizando así el uso racional y transparente de los fondos públicos.
- Capacitación continua del personal contable, con el fin de mantener altos estándares de calidad, fomentar el cumplimiento normativo y adaptarse a las nuevas exigencias del entorno financiero y tecnológico.

Con estas acciones, el Departamento de Contabilidad reafirma su compromiso con la misión institucional de garantizar una gestión eficiente, transparente y orientada al bienestar de los usuarios del sistema de salud pública.



El **Departamento de Enseñanza** ha logrado avances significativos en el cumplimiento de su misión de formar y capacitar profesionales de la salud, fortaleciendo las competencias técnicas, humanas y éticas del personal, en beneficio de la calidad de atención ofrecida en el hospital y su impacto en la comunidad.

1. Formación Académica y Residencias Médicas

Programas de Residencia:

- Graduación de médicos residentes en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Implementación de nuevas rotaciones prácticas en colaboración con unidades especializadas del hospital.
- Establecimiento de rotaciones internacionales en Puerto Rico, Colombia y México.

Pasantías y Pregrado:

- Recepción y formación de estudiantes de pregrado provenientes de universidades nacionales, fortaleciendo su preparación práctica.
- Diseño de currículos adaptados a las necesidades reales del sistema de salud.

2. Capacitación y Educación Continua

Programas de Actualización:

- Organización de talleres y seminarios anuales dirigidos al personal médico, de enfermería y administrativo, en temas como manejo de emergencias, atención centrada en el paciente y nuevas tecnologías en salud.
- Participación activa del personal en programas de educación continua durante el último año.



Capacitación Virtual:

- Implementación de una plataforma educativa en línea, en alianza con INFOTEP, logrando capacitar a más de 200 empleados en diversos diplomados y cursos sobre temas médicos y administrativos.

Fomento de la Investigación:

- Inclusión de residentes y estudiantes en proyectos de investigación, promoviendo una cultura académica y de indagación científica.

Alianzas Educativas:

- Establecimiento de convenios con universidades e instituciones académicas, ampliando las oportunidades de formación e intercambio.

Impacto General

El Departamento de Enseñanza se ha consolidado como un eje estratégico en el desarrollo de competencias del personal de salud del hospital, fortaleciendo la calidad de los servicios ofrecidos y promoviendo la investigación y la innovación en el ámbito médico. Estos logros reflejan el firme compromiso con la excelencia académica y el avance de la salud en la República Dominicana.

Durante el período evaluado, el **Departamento de Estadística** cumplió un papel fundamental en el soporte técnico y analítico a los procesos misionales del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, especialmente en lo relacionado con la mejora continua de la calidad.



A continuación, se resumen los principales resultados obtenidos:

1. Generación de información para la toma de decisiones clínicas y operativas

- Elaboración y entrega periódica de informes estadísticos sobre atenciones en emergencias, hospitalización, consulta externa, laboratorio e imágenes.
- Seguimiento mensual de indicadores misionales como tasa de ocupación, egresos hospitalarios, mortalidad institucional, tiempo promedio de atención en urgencias y oportunidad en consultas.

2. Apoyo a la planeación, control y mejora de la calidad en salud

- Participación en el diseño y actualización del sistema de indicadores institucionales.
- Análisis de estadísticas que permitieron identificar desviaciones en procesos misionales y proponer medidas correctivas oportunas.

Los resultados misionales del **Servicio de Farmacia Hospitalaria** se centran en varios aspectos clave para garantizar una atención de calidad y segura a los pacientes. Los principales son:

- **Calidad de vida del paciente:** Medición de los resultados informados por el paciente y de su experiencia en el uso de medicamentos.
- **Seguridad del paciente:** Seguimiento y control de la medicación para prevenir errores y garantizar una administración segura.
- **Eficiencia en la farmacoterapia:** Uso racional y eficiente de los medicamentos, asegurando que cada paciente reciba el tratamiento más adecuado.



- **Innovación y mejora continua:** Incorporación de nuevas tecnologías y prácticas innovadoras para mejorar los servicios ofrecidos.
- **Formación y desarrollo profesional:** Capacitación continua de los profesionales de la salud para mantener altos estándares de atención.

Estos resultados misionales contribuyen a asegurar que el Servicio de Farmacia Hospitalaria sea no solo eficiente, sino también centrado en las necesidades, el bienestar y la seguridad del paciente.

El **Departamento de Prevención y Gestión de Riesgos y Desastres** centra sus esfuerzos en alcanzar objetivos clave que fortalezcan la capacidad del hospital y su comunidad frente a situaciones de emergencia. Los principales resultados misionales incluyen:

1. **Reducción de riesgos:** Implementación de medidas preventivas que disminuyen la vulnerabilidad ante desastres naturales y emergencias.
2. **Capacitación comunitaria:** Formación y sensibilización de la población hospitalaria en prácticas de prevención, autoprotección y respuesta ante situaciones críticas.
3. **Respuesta efectiva:** Coordinación y ejecución de acciones inmediatas, ágiles y eficientes durante emergencias, garantizando la protección del personal, pacientes e infraestructura.
4. **Recuperación y reconstrucción:** Facilitación de la restauración de los servicios de salud y de la reconstrucción de infraestructuras afectadas, promoviendo una pronta vuelta a la normalidad.



- 5. Innovación en la gestión de riesgos:** Aplicación de tecnologías avanzadas y metodologías innovadoras para optimizar los procesos de prevención, monitoreo, respuesta y mitigación.

Estos resultados reflejan el firme compromiso del Departamento con la seguridad, resiliencia y bienestar integral del Hospital y su entorno.

El Departamento de Hostelería Hospitalaria cumple una función esencial para el bienestar de los pacientes y el funcionamiento eficiente del hospital, consolidándose como un pilar fundamental dentro del modelo de atención integral.

1. Servicios centrales

Los principales servicios ofrecidos por esta área incluyen:

- Alimentación hospitalaria.
- Limpieza hospitalaria.
- Lavandería hospitalaria.
- Mantenimiento de equipos, cocina y lavandería.
- Gestión de residuos sólidos no peligrosos.
- Logística de distribución interna de alimentos, ropa y materiales del área.

2. Datos cualitativos de desempeño

- Nivel de satisfacción positivo por parte de los pacientes en los servicios de alimentación y limpieza.
- Cumplimiento del 90 % de los protocolos de seguridad alimentaria.
- Estándares de higiene avalados por auditorías internas y por el Ministerio de Salud.



- Implementación de un sistema digital de dietas personalizadas, alineado a las necesidades clínicas y nutricionales de los pacientes.

3. Alineación estratégica con los objetivos institucionales

El área de hostelería hospitalaria se articula de forma directa con los siguientes ejes estratégicos del hospital:

- Mejora continua de la calidad de los servicios.
- Incremento de la seguridad del paciente.
- Humanización de la atención hospitalaria.
- Optimización del uso de los recursos disponibles.
- Cumplimiento normativo con los estándares de salud nacionales e internacionales.

Impacto institucional

Más allá de ser un servicio de apoyo, la hostelería hospitalaria es un componente clave en el proceso de recuperación del paciente, en la calidad del trabajo del personal clínico y en la imagen institucional del hospital.

Su impacto, tanto tangible como intangible, contribuye directamente al cumplimiento de la misión hospitalaria, garantizando un entorno digno, seguro y eficiente para todos los usuarios.

En el transcurso del año, se registraron cifras significativas que evidencian el esfuerzo y compromiso del equipo de trabajo del Departamento de Nefrología y Hemodiálisis:

Durante el año 2025, se mantuvo una población activa de 44 pacientes crónicos, con un total de 2,640 sesiones de hemodiálisis realizadas, lo que refleja una cobertura constante y sostenida, a pesar de las limitaciones operativas.



En cuanto a las consultas médicas, se ofrecieron 886 consultas de Nefrología en 2024 y 362 en 2025, lo que permite identificar una ligera reducción, posiblemente asociada a factores como la redistribución de pacientes o ajustes en la programación médica.

Estas estadísticas reflejan un cumplimiento efectivo de las funciones asistenciales del departamento, incluso ante una alta demanda y condiciones limitadas de recursos.

(Ver Tabla 1. Resultados Misionales 2025, en anexos)

El **Departamento de Salud Ocupacional** del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana ha alcanzado importantes logros en su misión de proteger y promover la salud y seguridad del personal. A través de estrategias de prevención, monitoreo y apoyo integral al bienestar físico y mental, se ha logrado mejorar significativamente el ambiente laboral, contribuyendo a la satisfacción y el rendimiento de los colaboradores.

Uno de los principales avances ha sido la concienciación del personal sobre la importancia del autocuidado, el uso correcto de las posturas laborales y el manejo adecuado de agentes biológicos, con especial énfasis en áreas críticas como la Emergencia.

Asimismo, se ha fortalecido el trabajo colaborativo con los gerentes de departamento, quienes apoyan en la validación de licencias médicas de acuerdo con las especialidades correspondientes. También se ha consolidado el vínculo con el Departamento de Salud Mental, que brinda asistencia oportuna a colaboradores que requieren apoyo psicológico, con resultados positivos y efectivos.



RESULTADOS DE LOGROS Y AVANCES DE LAS ÁREAS TRANSVERSALES Y DE APOYO

Memoria Institucional 2025

Durante el período evaluado, las áreas transversales y de apoyo del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana lograron avances significativos que contribuyeron al fortalecimiento integral de la gestión institucional y a la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos. Estas áreas aportaron de manera directa al cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA) y a la consolidación de una administración moderna, eficiente y orientada a resultados.

Entre los logros más relevantes se destacan:

1. **Mejora en la articulación interdepartamental**, lo que permitió una mayor coordinación de procesos, alineación de metas y optimización del uso de los recursos en beneficio de los servicios al usuario.
2. **Fortalecimiento de los sistemas de planificación y monitoreo**, integrando herramientas de gestión por resultados que facilitaron el seguimiento continuo de metas, indicadores e iniciativas institucionales.
3. **Actualización y estandarización de procesos de gestión interna**, lo que mejoró la trazabilidad de las operaciones, la transparencia administrativa y el cumplimiento de normativas del sector salud.



4. **Capacitación continua del personal administrativo y técnico** , consolidando competencias en áreas clave como planificación, indicadores, control de gestión, evaluación de proyectos y manejo de herramientas informáticas.
5. **Avance en los sistemas de información y digitalización** , incorporando plataformas para registro, análisis y seguimiento de datos que redujeron tiempos de respuesta y aumentaron la precisión de los reportes institucionales.
6. **Optimización del uso de recursos financieros, humanos y materiales** , priorizando proyectos de alto impacto y asegurando una ejecución presupuestaria responsable y alineada con las prioridades estratégicas.
7. **Producción periódica de informes técnicos de gestión** , que permitieron a la Dirección General tomar decisiones oportunas fundamentadas en análisis de desempeño y comportamiento institucional.
8. **Consolidación de la cultura institucional de planeación y mejoramiento continuo** , con mayor participación de las unidades en la formulación, seguimiento y evaluación de metas institucionales.

En conjunto, estos avances fortalecieron la capacidad operativa y administrativa del hospital, contribuyendo directamente a la mejora de la calidad de los servicios, al cumplimiento de la misión institucional y a una gestión orientada a resultados medibles y sostenibles.



El Departamento de Planificación y Desarrollo del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana logró avances significativos que fortalecieron el desempeño de las áreas transversales y de apoyo, consolidando procesos más coordinados, eficientes y orientados a resultados. Estos progresos se reflejan en la mejora de la gestión institucional, la modernización administrativa y el fortalecimiento de la cultura de planificación estratégica.

Entre los logros más relevantes se destacan:

- **Mayor articulación entre las áreas del hospital** , gracias a procesos de planificación participativa que permitieron alinear metas y proyectos con los objetivos estratégicos institucionales.
- **Mejoras en el proceso de formulación del Plan Operativo Anual (POA)** , logrando que todas las áreas transversales y de apoyo participaran activamente en la construcción de metas, indicadores y cronogramas con mayor claridad y coherencia.
- **Fortalecimiento del seguimiento y monitoreo institucional** , mediante la implementación de herramientas y metodologías de gestión por resultados que permitieron evaluar avances, detectar desviaciones y proponer acciones correctivas oportunas.
- **Capacitación técnica del personal administrativo y operativo** , elevando el nivel de conocimiento en formulación de proyectos, definición de indicadores, gestión de resultados y análisis de desempeño.
- **Impulso de la digitalización de procesos de planificación** , promoviendo herramientas tecnológicas para registrar, analizar



y presentar avances institucionales con mayor rapidez, precisión y trazabilidad.

Durante el segundo semestre de 2025, las áreas transversales y de apoyo del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana han desempeñado un papel fundamental en el cumplimiento de los objetivos institucionales, garantizando un soporte eficiente y de calidad a las operaciones misionales. A continuación, se detallan los principales logros y avances:

El Departamento de Monitoreo y Evaluación

Ha logrado un aumento significativo del 96% en la eficacia de la ejecución del Plan Operativo Anual (POA) del hospital. Este resultado refleja una mejora notable en la implementación de los programas y proyectos hospitalarios, superando los objetivos establecidos en comparación con años anteriores. Esto ha sido posible gracias a un seguimiento más riguroso y a una evaluación continua de los indicadores de desempeño.

Se implementó un proceso de planificación más detallado y estratégico para el POA, permitiendo una mejor alineación de los proyectos y actividades con las prioridades del hospital. Este enfoque garantizó que los recursos fueran distribuidos de manera más eficiente y efectiva para cada área.

La planificación mejorada incluyó un análisis más exhaustivo de las necesidades del hospital, una identificación más clara de los riesgos y oportunidades, y una mejor definición de los indicadores de desempeño, lo que facilitó un control más preciso y ajustado de las metas y resultados.



La correcta evaluación de los proyectos de salud ha permitido detectar a tiempo desviaciones o áreas críticas, lo que ha conducido a la toma de decisiones oportunas para corregir rumbos y asegurar la culminación exitosa de los proyectos dentro de los plazos y presupuestos establecidos.

El monitoreo se llevó a cabo de manera más proactiva y continua, asegurando que los proyectos y actividades se ejecutaran según lo previsto. El Departamento implementó un sistema de seguimiento más ágil y detallado, lo que permitió identificar cualquier desviación o área de mejora de manera temprana.

El uso de herramientas y sistemas más modernos y eficaces para la recolección de datos y el análisis de indicadores clave permitió realizar ajustes rápidos en la ejecución de proyectos, asegurando que se cumplieran los objetivos con la mayor calidad y eficiencia.

Oficina de Acceso a la Información (OAI)

Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC)

- Se completó la actualización de la infraestructura de red del hospital, mejorando significativamente la velocidad y la seguridad de las comunicaciones internas y externas.
- Se reforzaron los protocolos de ciberseguridad para proteger la información sensible de los pacientes y de la institución, reduciendo el riesgo de incidentes y fortaleciendo la confianza en los sistemas digitales.
- Se logró la migración del Portal de Transparencia a un servidor más estable, superando un obstáculo significativo que había limitado el avance en materia de transparencia institucional debido a la constante intermitencia del servidor anterior.



Desarrollo y Fortalecimiento Institucional

- El personal participó en diversas capacitaciones clave, entre ellas el Curso de Comunicación Efectiva, impartido por el Servicio Nacional de Salud (SNS), y la capacitación en la Ley 172-13 sobre Protección de Datos Personales, a cargo de representantes del Ministerio de Administración Pública (MAP), coordinada por el Servicio Regional de Salud Ozama.
- Se llevó a cabo una capacitación sobre el Sistema 3-1-1, impartida por la Oficina Gubernamental de Tecnologías de la Información y la Comunicación (OGTIC), lo que fortaleció la capacidad de respuesta y atención ciudadana.
- Se incorporó un auxiliar de Acceso a la Información a la Oficina, mejorando la capacidad operativa y la eficiencia en la gestión de solicitudes.
- Se recuperó la calificación en Datos Abiertos, la cual había presentado dificultades de validación por parte de la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG) en el período anterior, garantizando así la transparencia en este componente esencial.

Departamento de Recursos Humanos

- Capacitaciones continuas a través de cursos y talleres, tanto presenciales como virtuales, dirigidos al personal médico, administrativo y de enfermería. (Ver Tabla 2. Capacitaciones Impartidas, Anexos).
- Uniformación del 85% del personal administrativo.
- Entrega de batas médicas con el logo institucional al 90% del cuerpo médico.



- Carnetización del 90% de los colaboradores, fortaleciendo la identificación y seguridad interna.
- Envío de las evidencias de las capacitaciones realizadas a la plataforma SISMAP Salud.
- Avance en la formalización de los Acuerdos de Desempeño 2025, con los compromisos establecidos entre el personal y sus respectivas áreas.
- Instrumentación de los expedientes de reclutamiento y selección con fines de nombramiento.
- Implementación de pruebas psicológicas en los procesos de ingreso.
- Ejecución del proceso de inducción para el personal de nuevo ingreso.
- Actualización de los expedientes de todos los colaboradores del centro.
- Implementación del sistema de control de horario mediante reloj biométrico para el área administrativa, conforme a lo establecido en la Ley 41-08 sobre Función Pública.

Departamento Calidad de los servicios de salud

Monitoreo y medición de indicadores de calidad en servicios materno-infantiles:

- Aplicación de herramientas de automonitoreo que recopilan evidencias del apego a los protocolos de atención y buenas prácticas clínicas, alcanzando un 85 % de efectividad.



Evaluación de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS):

- Control de reportes oportunos mediante la integración de áreas específicas, logrando una reducción del 1.70 % en las tasas de IAAS.

Aplicación del formulario de verificación de cirugía segura:

- Se logró un 95 % de efectividad en la implementación de esta herramienta para garantizar la seguridad del paciente durante el período enero-noviembre 2025.

Implementación de la metodología de gestión productiva en los servicios de salud:

- Se alcanzó el cumplimiento de 6 de los 9 criterios evaluados por encima del 85 %, lo que garantiza una prestación de servicios más eficiente, con mejor utilización de los recursos disponibles y optimización de la inversión en salud, logrando mayor cobertura y efectividad clínica.

Seguimiento a la actualización y conformación de los comités hospitalarios priorizados según el Reglamento 434 -07:

- Actualmente el hospital cuenta con 8 comités priorizados y 3 comités agregados, de los cuales 7 están actualizados, lo que representa un 90 % de cumplimiento.

Evaluación del plan de mejora en el programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal:

- A partir del monitoreo de indicadores de calidad, se logró un 90 % de cumplimiento en el período enero-noviembre 2025.



Conformación del Comité de Mejora Continua de la Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente:

- Se logró la conformación con un 100 % de cumplimiento.

Cumplimiento del automonitoreo de completitud de los expedientes clínicos y apego a protocolos maternos, neonatales, infantiles y de epidemiología:

- Utilizando las herramientas institucionales de calidad de los servicios suministradas por la División de Calidad del SRS O, se alcanzó un 85 % de cumplimiento.

Supervisión de la calidad de los servicios de nutrición:

- Se obtuvo un 89 % de cumplimiento en los estándares evaluados.

Mejora en la continuidad del cuidado post-alta:

- Se propuso al Departamento de Servicio al Usuario que todo paciente dado de alta se retire con su cita de seguimiento asignada, medida que fue implementada de inmediato.

Desempeño del Área Administrativa y Financiera

Durante el período enero–noviembre de 2025, los ingresos y la producción del hospital han mantenido un incremento modesto pero sostenido, reflejo del esfuerzo y dedicación de nuestro personal médico, de enfermería y administrativo. A pesar de las limitaciones económicas, nuestra cartera de servicios continúa brindando atención de calidad a la ciudadanía, reafirmando nuestro compromiso con la eficiencia y la mejora continua.



Control presupuestario: Los controles sobre la ejecución presupuestaria siguen siendo una prioridad. Se mantiene una vigilancia constante sobre los principales factores de impacto, tales como la nómina, las cuentas por pagar y las compras, garantizando el uso racional de los recursos.

Mantenimiento de infraestructura: Hemos sostenido los esfuerzos de mantenimiento de las instalaciones, enfrentando los desafíos del clima y el desgaste natural del uso. Se ha puesto especial atención a la pintura, iluminación y señalización de los edificios y sus alrededores, preservando así la infraestructura y asegurando entornos óptimos de atención y seguridad para pacientes y personal.

La nueva Unidad de Pie Diabético ha sido completamente habilitada y ha iniciado sus operaciones, ampliando así nuestra capacidad de atención para esta afección específica. Asimismo, continúan en funcionamiento y con buena acogida por parte de la población las siguientes áreas especializadas:

- Unidad de Adolescentes
- Unidad de Hemodiálisis
- Área de Mamografía y Colonoscopia
- Unidad de Salud Mental

Nómina: Durante el período mencionado, se logró un reajuste salarial para parte del personal administrativo con sueldos bajos, así como para el personal médico, incorporando un incentivo por antigüedad en el servicio, como medida de reconocimiento y motivación institucional.



Activos fijos: Se adquirieron diversos equipos médicos y mobiliarios que han fortalecido nuestra operatividad. Entre ellos:

- Cunas para maternidad y pediatría
- Lámpara tipo “cuello de ganso”
- Cistoscopio y accesorios
- Carros de transporte de medicamentos para emergencia y hospitalización
- Bancos tipo parque para mayor comodidad en el área de facturación

Cuentas por pagar: Se logró una reducción del 10% en comparación con el período anterior, reflejo de una gestión financiera prudente y responsable.

Compras y contrataciones: La adquisición de bienes y servicios se realiza de manera estratégica y ajustada al Plan Anual de Compras y Contrataciones, en cumplimiento con la Ley 340 - 06 y su reglamento. Solo se ejecutan compras estrictamente necesarias para el buen funcionamiento de la institución.

Durante este período se realizaron adecuaciones en múltiples áreas, incluyendo:

- Unidad de Adolescentes
- Salón de Pediatría “Dra. Dania Torres”
- Nueva morgue (sótano del edificio clínico quirúrgico)
- Banco de Sangre
- Unidad de Hemodiálisis
- Unidad de Mamografía y Colonoscopia
- Unidad de Odontología
- Unidad de Salud Mental
- Unidad de Triage de Emergencia del Clínico Quirúrgico



Glosas: Actualmente se mantiene en 5%, pero continuamos enfocados en su reducción progresiva. Se han implementado mejoras en los procesos de facturación y en la recolección de soportes clínicos, lo que ha permitido avances significativos en la recuperación de pagos, especialmente con el asegurador Senasa. Las acciones de ajuste seguirán aplicándose para lograr una recuperación más eficiente y oportuna de los ingresos.

Las áreas transversales y de apoyo del Departamento de Enseñanza han sido esenciales para alcanzar avances significativos en la formación académica, la educación continua y el desarrollo de competencias profesionales, fortaleciendo la calidad de los servicios educativos ofrecidos.

1. Área de Tecnología y Plataformas Educativas

Implementación de plataformas virtuales:

- Puesta en marcha de un sistema de aprendizaje en línea, que permite a estudiantes y profesionales acceder a cursos, talleres y materiales educativos.
- Integración de herramientas como simuladores virtuales para prácticas médicas interactivas.

Modernización de aulas y recursos tecnológicos:

- Equipamiento de aulas con sistemas audiovisuales y herramientas de teleconferencia, facilitando la educación híbrida y la conexión con expertos internacionales.

2. Biblioteca y Recursos de Información Científica

Acceso a recursos digitales:

- Actualización de la biblioteca con suscripciones a bases de datos científicas internacionales, como PubMed y Scopus.



- Creación de una biblioteca virtual accesible para estudiantes y profesionales.

Soporte en investigación:

- Asistencia técnica en búsqueda bibliográfica y manejo de referencias para proyectos de investigación desarrollados por residentes y personal médico.

3. Área de Capacitación y Desarrollo Profesional

Programas de formación continua:

- Organización de talleres y seminarios anuales enfocados en temas actuales como inteligencia artificial en salud, manejo clínico avanzado y ética médica.
- Participación activa del personal en programas de actualización profesional, incrementando sus competencias técnicas y humanas.

Evaluación del impacto:

- Seguimiento de indicadores de desempeño académico que evidencian una mejora sostenida en los resultados de los programas educativos.

4. Soporte Administrativo y Logístico

Gestión eficiente de recursos:

- Coordinación exitosa de actividades educativas, desde talleres hasta jornadas científicas, con manejo óptimo de recursos financieros y materiales.
- Simplificación de procesos administrativos, reduciendo los tiempos de inscripción y aprobación.



Infraestructura educativa:

- Mantenimiento continuo de salas de simulación y aulas, garantizando condiciones óptimas para el aprendizaje práctico.

5. Colaboración con Trabajo Social y Psicología

Apoyo emocional en la formación médica:

- Implementación de talleres de manejo del estrés y bienestar emocional dirigidos a residentes y estudiantes.
- Creación de espacios de diálogo para mejorar la experiencia educativa y atender inquietudes emocionales y académicas.

6. Comunicación y Relaciones Públicas

Promoción de actividades educativas:

- Difusión de jornadas científicas, congresos y talleres a través de redes sociales y medios internos.
- Establecimiento de alianzas estratégicas con instituciones educativas y hospitales, fomentando el intercambio académico y profesional.

Impacto General

Los avances logrados por las áreas transversales y de apoyo han permitido al Departamento de Enseñanza ofrecer programas más innovadores, accesibles y de alta calidad. Estos logros fortalecen su misión de formar profesionales competentes y comprometidos con la excelencia en la atención en salud.



Durante el período reportado, el **Departamento de Estadística** del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana desempeñó un papel clave como área transversal de apoyo a los procesos clínicos, administrativos y de planificación estratégica. Su labor fue esencial para fortalecer la capacidad analítica del hospital mediante la provisión oportuna y precisa de información cuantitativa.

Entre los logros y avances más destacados se encuentran:

- Consolidación y actualización permanente de bases de datos institucionales, asegurando la trazabilidad y confiabilidad de los registros de atención, los indicadores de gestión y las variables clínicas relevantes.
- Apoyo en auditorías internas y externas, mediante la generación de reportes técnicos y estadísticas que respaldaron la calidad de la atención y el cumplimiento de las normativas.
- Participación en comités institucionales (calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo, entre otros), aportando análisis e interpretación de datos para la toma de decisiones.
- Optimización de procesos mediante la automatización de reportes periódicos, reduciendo los tiempos de entrega y el margen de error.
- Como parte de los avances logrados, hemos integrado más personal farmacéutico competente en las distintas farmacias que componen nuestro hospital, alcanzando un total de 18 personas distribuidas entre el Edificio Materno Infantil y el Edificio Clínico Quirúrgico. Como resultado de esta integración, los servicios de dispensación de medicamentos y materiales gastables en las diferentes áreas han aumentado su eficacia, permitiendo una atención oportuna a los pacientes.



- Se actualizó el Acta Constitutiva del Comité de Farmacovigilancia, incluyendo la firma de los miembros activos y la incorporación de nuevos integrantes clave, cuya especialidad aporta una perspectiva valiosa al comité, enriqueciendo significativamente su funcionamiento. Asimismo, se socializaron diversos puntos relacionados con las actividades del POA vinculadas al comité.
- Un aspecto relevante a destacar fue la capacitación del personal de farmacia en habilidades blandas, lo cual ha contribuido a mejorar la atención a los usuarios y el clima laboral entre los colaboradores del área, promoviendo también su desarrollo profesional.
- Por último, se dio cumplimiento a la distribución organizada de los despachos en las distintas áreas del hospital, abarcando tanto el Edificio Clínico Quirúrgico como el Edificio Materno Infantil, con el objetivo de optimizar la atención y la eficiencia de los servicios médicos.
- Como parte de los avances logrados, hemos integrado más personal farmacéutico competente en las distintas farmacias que componen nuestro hospital, alcanzando un total de 18 personas distribuidas entre el Edificio Materno Infantil y el Edificio Clínico Quirúrgico. Como resultado de esta integración, los servicios de dispensación de medicamentos y materiales gastables en las diferentes áreas han aumentado su eficacia, permitiendo una atención oportuna a los pacientes.
- Se actualizó el Acta Constitutiva del Comité de Farmacovigilancia, incluyendo la firma de los miembros activos y la incorporación de nuevos integrantes clave, cuya especialidad aporta una perspectiva valiosa al comité, enriqueciendo significativamente su funcionamiento.

Asimismo,



se socializaron diversos puntos relacionados con las actividades del POA vinculadas al comité.

- Un aspecto relevante a destacar fue la capacitación del personal de farmacia en habilidades blandas, lo cual ha contribuido a mejorar la atención a los usuarios y el clima laboral entre los colaboradores del área, promoviendo también su desarrollo profesional.
- Por último, se dio cumplimiento a la distribución organizada de los despachos en las distintas áreas del hospital, abarcando tanto el Edificio Clínico Quirúrgico como el Edificio Materno Infantil, con el objetivo de optimizar la atención y la eficiencia de los servicios médicos.

Durante el período actual, el Departamento ha logrado importantes avances en materia de capacitación, planificación y respuesta ante emergencias, destacándose los siguientes logros:

Capacitaciones realizadas:

Soporte Vital Básico y Uso del DEA (BLS/DEA) al personal de salud de las siguientes áreas:

- **Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente:** médicos y personal de enfermería.
- **Emergencia Ginecoobstétrica:** médicos y personal de enfermería.
- **Unidad de Imágenes:** técnicos, licenciados y médicos.
- **Uso de extintores:** capacitación dirigida al personal administrativo de soporte.



En cada una de estas formaciones se otorgó un certificado de participación, avalado por las firmas del Director General, el Encargado de Investigación y el Encargado de la Unidad de Gestión de Riesgos y Desastres.

Fortalecimiento institucional y actualización documental

- Actualización de los miembros del Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres (CHED).
- Revisión y actualización del Producto 9: Formato del Plan Hospitalario para Respuesta a Emergencias y Desastres.
- Elaboración del Plan de Contingencia MARVESA – Temporada Hidrometeorológica 2025.
- Diseño y ejecución del Plan del Operativo Semana Santa 2025.

Gestión de eventos e incidentes

Se brindó respuesta oportuna a múltiples activaciones del sistema de alarma contra incendios, en conjunto con la Brigada de Seguridad e Incendios del hospital. En cada intervención se identificaron oportunidades de mejora para fortalecer el sistema de respuesta.

Asimismo, se desarrolló un formulario digital en la plataforma Jotform para la inspección de extintores, lo cual permitió identificar aquellos que requerían recarga o sustitución del agente extintor.

Otras acciones destacadas

- Ejecución satisfactoria de las actividades asignadas al departamento en el Plan Operativo Anual (POA).



- Seguimiento y reuniones periódicas del CHED para el cierre de los planes de acción de la Temporada de Huracanes 2025, el monitoreo de fenómenos naturales, y la activación del Comité para brindar soporte ante la tragedia ocurrida en el centro de eventos Jet Set.

Área de Alimentación Hospitalaria

Logros principales:

1. Implementación de un sistema de dietas digital, lo que redujo significativamente los errores en la entrega de comidas.
2. Renovación del menú hospitalario, con apoyo del equipo de nutrición clínica.
3. Mejora en la puntualidad de entrega de los alimentos a pacientes y personal.

Área de Limpieza y Aseo Hospitalario

Logros principales:

1. Uso exclusivo de productos desinfectantes autorizados, siguiendo las normativas del Ministerio de Salud.
2. Creación de un sistema de rondas de verificación diaria, garantizando la limpieza constante en todas las áreas del hospital.

Área de Lavandería Hospitalaria

Logros principales:

1. Automatización parcial del sistema de lavado, mejorando la eficiencia operativa.
2. Clasificación eficiente del personal y de la ropa hospitalaria, optimizando los flujos de trabajo.



3. Adquisición de uniformes e indumentaria adicional, lo que redujo la rotación de prendas y mejoró la disponibilidad.

Mantenimiento de Equipos y Logística Interna

Logros principales:

1. Mantenimiento preventivo trimestral de equipos de cocina, lavandería y carros de distribución.
2. Incorporación de carritos térmicos, para preservar la temperatura adecuada de los alimentos durante su traslado.

Resultados:

1. Reducción significativa de fallas en equipos durante el año.
2. Mejor control de los tiempos y rutas internas de reparto, asegurando eficiencia en la entrega.

Gestión de Residuos y Medio Ambiente

Logros principales:

1. Separación efectiva de residuos comunes y hospitalarios, conforme a la normativa vigente.
2. Formación continua del personal en el manejo seguro de residuos no peligrosos.

Resultados:

1. Aumento de la motivación del personal, según encuestas internas.
2. Mejora en la calidad del servicio, gracias al fortalecimiento de habilidades técnicas y actitudinales.



Impacto Transversal del Servicio de Hostelería Hospitalaria

Las áreas transversales y de apoyo han demostrado avances sólidos en:

- Eficiencia operativa
- Calidad del servicio
- Seguridad hospitalaria

Estos logros contribuyen directamente a los objetivos estratégicos del Hospital Marcelino Vélez Santana.

La mejora continua garantiza servicios dignos, seguros y humanos para los pacientes, el personal y la comunidad, basada en:

- Formación humanizada del personal
- Manejo higiénico de los alimentos
- Protocolos de bioseguridad y hospitalarios

El trabajo coordinado con las distintas áreas de apoyo contribuyó significativamente a fortalecer la calidad del servicio prestado por el Departamento de Nefrología y Hemodiálisis. A continuación, se detallan los principales logros alcanzados:

Soporte técnico y mantenimiento

- Se realizó mantenimiento preventivo mensual a todas las máquinas de hemodiálisis, lo que permitió asegurar su funcionamiento continuo y reducir el riesgo de fallas durante las sesiones.
- Se llevó a cabo la sustitución de un equipo que presentó fallas técnicas irreparables, garantizando así la disponibilidad de equipos operativos para responder a la alta demanda.



Apoyo nutricional y psicológico

- Se implementaron evaluaciones nutricionales periódicas a los pacientes en tratamiento, orientadas a mejorar su estado general de salud y a optimizar los resultados de la hemodiálisis.
- El equipo psicológico ofreció acompañamiento psicoemocional individualizado a los pacientes con diagnóstico reciente de insuficiencia renal crónica (IRC), lo cual contribuyó a una mejor adaptación al tratamiento y a la disminución de los niveles de ansiedad.

Farmacia y laboratorio

- Se garantizó el suministro mensual de eritropoyetina, medicamento clave para prevenir la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica.
- Se fortaleció la coordinación interdepartamental para la entrega prioritaria de resultados de creatinina, urea y electrolitos, lo que permitió una toma de decisiones más oportuna por parte del equipo médico.
- Como parte de los avances significativos del año, el Departamento de Salud Ocupacional ha asumido la validación directa de las licencias médicas, lo cual ha permitido una mejor gestión de estos procesos. Gracias a un horario de atención diverso y flexible, se facilita la reevaluación de los empleados y se garantiza un seguimiento más cercano a cada caso.
- Además, se ha logrado la reubicación de personal de enfermería que presentaba licencias frecuentes, ya que sus condiciones de salud no eran compatibles con las funciones asignadas. Tras su reubicación, se ha observado una notable



mejoría en la salud de estos colaboradores y una reducción del ausentismo laboral.

- Otro hito importante ha sido el inicio del proceso de inmunización del personal, mediante el cual se ha solicitado a cada colaborador acudir al área de vacunas. Para tal fin, se ha habilitado un libro de registro exclusivo para el personal del hospital, lo que permite un control organizado y eficaz.
- Durante este año, también se iniciaron jornadas de capacitación dirigidas a todo el personal. En este marco, contamos con la participación de representantes del IDOPPRIL, quienes ofrecieron una charla sobre el Seguro de Riesgos Laborales. Asimismo, se impartieron charlas sobre prevención de riesgos laborales, y actualmente se trabaja en coordinación con el Departamento de Enfermería y su área de Enseñanza, así como con la Dirección de Enseñanza del hospital, en un programa integral de formación y entrenamiento para el personal.
- Seguimos comprometidos con la mejora continua y con la promoción de un entorno laboral seguro, saludable y eficiente



SERVICIO AL CIUDADANO Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL

Memoria Institucional 2025

Durante el período evaluado, el **Departamento de Planificación y Desarrollo** impulsó iniciativas orientadas a fortalecer la transparencia institucional, el acceso a la información pública y la rendición de cuentas, contribuyendo a una gestión más abierta, responsable y centrada en el ciudadano. Estas acciones se desarrollaron en coherencia con las políticas nacionales de gobierno abierto, control interno y participación social.

Entre los principales avances se destacan:

- **Publicación oportuna de información institucional relevante**, incluyendo avances del Plan Operativo Anual (POA), metas ejecutadas, indicadores de desempeño y resultados de gestión, contribuyendo a fortalecer la confianza pública y la rendición de cuentas.
- **Mejoras en los mecanismos de reporte y comunicación interna**, lo que permitió que las áreas operativas y directivas contaran con información actualizada para la toma de decisiones, facilitando el seguimiento de compromisos institucionales.
- **Alineación de la planificación institucional con políticas de transparencia y acceso a la información**, garantizando que las metas y proyectos del POA incorporaran criterios de mejora del servicio al usuario, ética administrativa y claridad en la gestión de recursos.



- **Apoyo técnico a otras áreas del hospital para la preparación de informes oficiales** , fortaleciendo el cumplimiento normativo, la coherencia documental y la calidad de los datos reportados a órganos de control interno y externo.
- **Promoción de una cultura institucional orientada al ciudadano** , mediante la integración de indicadores relacionados con satisfacción del usuario, eficiencia administrativa y calidad del servicio en los instrumentos de planificación y evaluación.

En conjunto, estas acciones reforzaron el compromiso del hospital con una gestión abierta, responsable y centrada en el bienestar del ciudadano, fortaleciendo la credibilidad institucional y el ejercicio transparente de la administración pública.

El **Departamento de Monitoreo y Evaluación** ha implementado una política de transparencia efectiva al generar y enviar informes trimestrales detallados sobre el desempeño del hospital, que incluyen el análisis de los indicadores del POA, avances de proyectos, resultados de evaluaciones y recomendaciones de mejora. Estos informes son cargados de manera periódica al Portal de Transparencia del hospital, permitiendo a la ciudadanía acceder de forma abierta y directa a la información sobre la gestión del hospital.

Los informes trimestrales incluyen información clave sobre el estado de los servicios de salud, la eficacia de los programas implementados y la eficiencia en el uso de los recursos. Al ser accesibles en el portal, estos informes aseguran que los ciudadanos , pacientes y otros actores interesados puedan conocer en tiempo real los avances y desafíos del hospital, promoviendo la confianza en la gestión institucional.



El Departamento ha promovido una cultura organizacional de ética y responsabilidad, destacando la importancia de la transparencia como un valor institucional. Esto asegura que todos los proyectos y actividades del hospital estén sujetos a evaluación constante y sean revisados abiertamente, garantizando que los recursos sean utilizados de manera eficiente y con total integridad.

La **Oficina de Acceso a la Información (OAI)** del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana ha jugado un papel crucial en la adhesión a lo establecido por la Ley General 200 - 04 sobre Libre Acceso a la Información Pública y su Reglamento de Aplicación, el Decreto 130 -05. Su labor ha sido fundamental para asegurar la transparencia institucional y garantizar que los ciudadanos accedan a información veraz y oportuna.

Durante el período de enero a noviembre de 2025, la OAI ha reafirmado su compromiso con su misión de garantizar el acceso a la información pública. En este sentido, se ha destacado por:

- Mantener la actualización constante de los datos en el portal de transparencia.
- Brindar una atención eficiente y oportuna a las solicitudes de los ciudadanos.
- Gestionar de forma activa las Quejas, Sugerencias y Reclamaciones (QSR) de los usuarios.
- Participar activamente en los procesos de compras y contrataciones, asegurando la publicación y el acceso público a la información relacionada.



Durante estos meses, la OAI ha mantenido un desempeño sobresaliente, logrando evaluaciones superiores al 90 % en los índices de transparencia establecidos por la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG), consolidando su rol como garante de la rendición de cuentas institucional.

Gerencia de Recursos Humanos

Durante el año 2025, el área de Servicios al Ciudadano y Transparencia Institucional del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana reafirmó su compromiso con una gestión centrada en el usuario, ética y abierta al escrutinio social. Las acciones realizadas se enfocaron en tres ejes principales: acceso a la información pública, mejora de la atención ciudadana y fomento de la participación comunitaria.

Se fortalecieron los canales de comunicación mediante la implementación de plataformas digitales — portal web, aplicación móvil y línea directa de atención al usuario —, lo que permitió un aumento significativo en el número de trámites y solicitudes resueltos en tiempo oportuno. Asimismo, se llevaron a cabo jornadas de capacitación al personal, enfocadas en la atención humanizada y el respeto a la diversidad.

En materia de transparencia institucional, se actualizaron trimestralmente los indicadores de gestión en el portal web, se difundieron los estados financieros auditados y se promovieron espacios de rendición de cuentas abiertos a la comunidad, lo que contribuyó a un mayor control social y a fortalecer la confianza ciudadana.



El **Departamento de Calidad de los Servicios** del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana se compromete a garantizar un servicio al ciudadano eficiente, inclusivo y respetuoso, al tiempo que promueve la transparencia institucional como principio fundamental de su gestión. Estas acciones están orientadas a fortalecer la confianza de la comunidad y garantizar el acceso a información y servicios de calidad.

Servicio al Ciudadano

Atención centrada en el usuario

- Implementación de políticas y protocolos diseñados para priorizar la experiencia del paciente, asegurando un trato digno, humano y empático.
- Disponibilidad de canales de comunicación directos para responder a inquietudes, quejas o sugerencias de manera oportuna.

Accesibilidad de los servicios

- Ampliación de horarios y puntos de contacto para facilitar el acceso a servicios de calidad.
- Atención inclusiva para personas con discapacidad, adultos mayores y población vulnerable, mediante ajustes razonables en los procesos de atención.

Plataformas de interacción ciudadana

- Portal web y líneas telefónicas dedicadas para consultas y seguimiento de casos.
- Implementación de encuestas de satisfacción para medir la percepción de la calidad de los servicios.



Participación ciudadana

- Fomento de espacios de diálogo donde los ciudadanos puedan expresar sus opiniones sobre la calidad de los servicios y proponer mejoras.
- Integración de representantes comunitarios en iniciativas de supervisión y mejora continua.

Transparencia Institucional

Acceso a la información

- Publicación periódica de informes sobre indicadores de calidad, niveles de satisfacción del paciente y resultados de auditorías internas.
- Disponibilidad de información relevante sobre los servicios, derechos del usuario y protocolos médicos en medios digitales y físicos.

Rendición de cuentas

- Presentación anual de un informe de gestión del departamento, detallando logros, desafíos y metas alcanzadas.

Gestión ética y responsable

- Adopción de normativas que garanticen la transparencia en la toma de decisiones, contratación de personal y adquisición de recursos.
- Supervisión continua por parte de órganos de control interno y externo para verificar el cumplimiento de estándares.



Iniciativas Actuales

Portal de Transparencia

- Desarrollo de una plataforma en línea donde los ciudadanos puedan consultar información sobre el desempeño del hospital, indicadores de calidad y detalles de los procesos administrativos.

Sistema de Gestión de Quejas y Sugerencias

- Digitalización y seguimiento en tiempo real de las inquietudes de los pacientes, asegurando respuestas ágiles y resolutivas.

Jornadas de rendición de cuentas

- Organización de eventos comunitarios para presentar avances, escuchar retroalimentación y establecer compromisos de mejora.

Campañas de educación ciudadana

- Difusión de los derechos y deberes de los usuarios, promoviendo el uso consciente y responsable de los servicios del hospital.

Compromiso Final

El Departamento de Calidad reafirma su compromiso con la transparencia y el servicio al ciudadano, considerando estos elementos esenciales para consolidar la confianza pública. A través de un enfoque participativo y ético, se busca fortalecer la relación con la comunidad y garantizar que cada interacción contribuya al bienestar y la satisfacción de los pacientes.



Departamento de contabilidad

Nivel de Satisfacción con el Servicio

Nos hemos posicionado ante nuestros usuarios como un hospital que brinda atención con calidad y calidez humana, sin distinción alguna. A través de un trato digno y respetuoso, hemos fortalecido nuestra imagen institucional como un centro comprometido con el bienestar de los pacientes.

Los resultados de nuestras encuestas de satisfacción reflejan una percepción altamente positiva del servicio recibido, alcanzando un 90% de satisfacción general. Este indicador nos impulsa a continuar trabajando por la excelencia y a reforzar nuestras buenas prácticas de atención al usuario.

Nivel de Cumplimiento en el Acceso a la Información

Contamos con un personal responsable de la Oficina de Acceso a la Información (OAI), quien vela por el estricto cumplimiento de la Ley General No. 200 - 04 de Libre Acceso a la Información Pública, asegurando la disponibilidad oportuna y transparente de los datos institucionales.

Ponemos a disposición de la ciudadanía, a través del portal de transparencia, informaciones claves como:

- Ingresos y egresos del hospital
- Nivel de endeudamiento
- Inventario del área de cocina
- Ejecución presupuestaria
- Presupuesto aprobado



Estas acciones garantizan el derecho de los ciudadanos a estar informados sobre la gestión hospitalaria y promueven una cultura de rendición de cuentas.

Además, contamos con personal del área de servicio social disponible para atender las necesidades de los usuarios que presentan dificultades económicas, facilitando el acceso a los servicios de salud mediante la gestión de casos especiales de manera oportuna y solidaria.

El Departamento de Enseñanza se rige por principios de apertura, acceso a la información y compromiso con la calidad educativa, garantizando un servicio al ciudadano inclusivo, transparente y enfocado en la formación de profesionales de la salud.

1. Servicio al Ciudadano

Acceso a Programas de Formación:

- Facilitación de procesos de inscripción y participación en residencias, pasantías y capacitaciones mediante plataformas digitales y asistencia presencial.
- Inclusión de estudiantes y profesionales de diversas regiones y universidades, tanto nacionales como internacionales, promoviendo la equidad educativa.

Soporte al Participante:

- Disponibilidad de un equipo de orientación para atender consultas académicas, gestionar documentos y coordinar actividades formativas.
- Desarrollo de materiales educativos y guías prácticas en formato físico y digital, accesibles a todos los usuarios del sistema.



Participación Comunitaria:

- Organización de actividades educativas abiertas al público, como jornadas científicas, charlas y talleres sobre prevención de enfermedades y promoción de la salud.
- Fomento de la participación ciudadana en proyectos de investigación que abordan problemáticas y necesidades locales.

2. Transparencia Institucional

Acceso a la Información Académica:

- Publicación de requisitos de ingreso, reglamentos y programas de formación en la página web institucional, asegurando claridad en los procesos.
- Disponibilidad de información sobre resultados académicos, incluyendo tasas de aprobación y proyectos de investigación desarrollados.

Rendición de Cuentas:

- Presentación anual de informes detallados sobre actividades realizadas, presupuesto ejecutado y logros alcanzados en formación e investigación.
- Participación en auditorías internas y externas que garantizan el uso eficiente y ético de los recursos asignados.

Evaluación y Retroalimentación:

- Aplicación de encuestas regulares a estudiantes, residentes y profesionales para evaluar la calidad de los programas educativos y generar mejoras continuas.

3. Logros y Avances



Atención al Usuario:

- Habilidad de un canal de sugerencias y quejas, gestionado por un comité de respuesta rápida que asegura la resolución efectiva en un plazo reducido.

Transparencia Reconocida:

- Certificación de cumplimiento con normativas nacionales sobre transparencia educativa y acceso a la información.

Fortalecimiento de la Comunicación:

- Creación de boletines informativos mensuales que resumen las actividades, eventos y avances académicos del departamento.

Inclusión Tecnológica:

- Digitalización completa de los procesos de inscripción y entrega de certificados, aumentando la eficiencia administrativa y reduciendo tiempos de gestión.

El Departamento de Enseñanza mantiene un firme compromiso con la excelencia educativa y la transparencia, reflejando los valores institucionales y contribuyendo activamente al fortalecimiento del sistema de salud en beneficio de la sociedad.

En cumplimiento de los principios de transparencia, acceso a la información y atención al ciudadano, el Departamento de Estadística del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana implementó diversas acciones orientadas a garantizar la disponibilidad, comprensión y utilidad de los datos institucionales para la ciudadanía:



1. Acceso a la información pública

- Publicación periódica de boletines estadísticos institucionales en el sitio web del hospital, con datos sobre demanda de servicios, principales motivos de consulta, atenciones por área y evolución de indicadores.
- Disponibilidad de indicadores clave de gestión para el control social, en formatos accesibles y comprensibles para la ciudadanía.

2. Apoyo a la rendición de cuentas institucional

- Participación en la elaboración de los informes de gestión institucional, garantizando la solidez técnica de los datos presentados.

El Servicio de Farmacia Hospitalaria se compromete a brindar una atención segura, oportuna y de calidad a todos los usuarios, garantizando el acceso equitativo a los medicamentos e insumos necesarios para su tratamiento. Entre los servicios dirigidos al ciudadano se incluyen:

- Dispensación ambulatoria de medicamentos de uso hospitalario a pacientes crónicos, oncológicos, trasplantados, VIH, entre otros, según protocolos establecidos.
- Orientación farmacéutica personalizada, asegurando que el paciente comprenda el uso adecuado de sus medicamentos, promoviendo la adherencia terapéutica.
- Atención a pacientes hospitalizados mediante la dispensación de dosis unitarias y seguimiento farmacoterapéutico en coordinación con el equipo médico.



- Entrega de medicamentos especiales o de uso restringido, cumpliendo con los requisitos legales y médicos correspondientes.
- Recepción de quejas, sugerencias y reclamos relacionados con la dispensación o el trato recibido, mediante los canales habilitados para atención al usuario.
- Información accesible y clara sobre horarios de atención, requisitos para la entrega de medicamentos y procedimientos para solicitudes especiales.

Transparencia Institucional

El Servicio de Farmacia Hospitalaria promueve una gestión transparente, ética y basada en el cumplimiento de la normativa vigente, velando por el uso racional de los recursos públicos. En este sentido, se destacan las siguientes acciones:

- Cumplimiento de las normativas del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI) y otras plataformas institucionales de control.
- Rendición periódica de cuentas sobre el uso, distribución e inventario de medicamentos, incluyendo reportes sobre medicamentos vencidos o en desuso.
- Participación activa en comités institucionales, como el Comité de Farmacovigilancia y la Comisión de Farmacia y Terapéutica, garantizando toma de decisiones colegiada.
- Acceso público a información relevante, como guías de medicamentos disponibles, criterios de prescripción, políticas de abastecimiento y protocolos de dispensación.
- Capacitación continua del personal, fomentando la ética profesional, la equidad en la atención y la mejora continua de los procesos.



- Supervisión y auditoría interna y externa, como mecanismos de control y mejora de la gestión farmacéutica.

El Departamento de Prevención y Gestión de Riesgos y Desastres mantiene un firme compromiso con la transparencia, la rendición de cuentas y la participación de la ciudadanía en los procesos relacionados con la seguridad y la gestión de emergencias dentro del Hospital.

Como parte de este compromiso, se han implementado acciones orientadas a fortalecer el vínculo con la comunidad hospitalaria y garantizar el acceso a la información de interés público. Entre estas acciones se destacan:

- Difusión de información preventiva y educativa mediante charlas, boletines y materiales impresos y digitales, dirigidos al personal y a los usuarios del hospital, promoviendo una cultura de prevención y autoprotección.
- Acceso abierto a planes y protocolos de emergencia, disponibles para su consulta por parte del personal hospitalario, autoridades competentes y ciudadanía interesada, a través de medios institucionales.
- Rendición de cuentas periódica sobre las acciones, avances y resultados del departamento, a través de informes que se integran en la memoria institucional y plataformas de gestión pública.
- Participación ciudadana en simulacros y actividades de capacitación, promoviendo el involucramiento activo del personal y los usuarios en la construcción de un entorno hospitalario seguro.



- Colaboración interinstitucional transparente, mediante la coordinación con entidades como el Ministerio de Salud Pública, la Defensa Civil, el COE y los Servicios Regionales de Salud, para garantizar que las acciones del departamento se realicen bajo estándares éticos y verificables.

Estas iniciativas permiten que el Departamento actúe con responsabilidad institucional, fortaleciendo la confianza de la ciudadanía en los procesos de gestión de riesgos y desastres del hospital, bajo principios de equidad, legalidad y servicio público.

1. Compromiso con la Transparencia y la Calidad

La hostelería hospitalaria, como parte integral del sistema de salud, no solo tiene la responsabilidad de garantizar la calidad de sus servicios internos, sino también de establecer una relación transparente, accesible y responsable con los ciudadanos.

El nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios de alimentación, lavandería y limpieza representa un indicador clave de la calidad institucional y de la humanización del servicio.

2. Acceso a la Información por parte del Ciudadano

Para fortalecer la relación con los usuarios y fomentar la transparencia, el área de hostelería debe facilitar el acceso público a los siguientes recursos:

- Normas de higiene y alimentación.
- Manuales de atención al usuario.
- Orientación desde la recepción hospitalaria.
- Cartelera informativa ubicada en pasillos y áreas comunes.
- Medios digitales: redes sociales, sitio web institucional, entre otros.



3. Mecanismos de Quejas, Reclamos y Sugerencias

El Departamento ha dispuesto diversos canales para escuchar activamente al ciudadano y responder a sus inquietudes:

- Buzones físicos de sugerencias y reclamos ubicados en diferentes áreas del hospital.
- Atención directa a través del Departamento de Atención al Usuario.
- Líneas telefónicas de contacto y/o chats institucionales para recibir comentarios en tiempo real.

4. Resultados Esperados

A través de estos mecanismos, se espera lograr:

- Mayor confianza del paciente y sus familiares en la gestión institucional.
- Reducción de quejas repetitivas, gracias a la implementación de medidas correctivas efectivas.
- Participación de la ciudadanía en la mejora continua de los servicios.

5. Hacia una Gestión Moderna y Centrada en las Personas

Los servicios al ciudadano en el ámbito de la hostelería hospitalaria son elementos clave para consolidar una gestión moderna, ética y centrada en las personas.

Esto se traduce en:

- Brindar servicios dignos y humanizados.
- Escuchar activamente a los usuarios.
- Actuar con responsabilidad administrativa.
- Mantener canales de información abiertos, claros y accesibles.



El Departamento de Nefrología y Hemodiálisis mantuvo su compromiso con una atención humanizada, la calidad del servicio y el respeto hacia los derechos del paciente como pilares fundamentales en la atención al ciudadano.

Mejoras en la atención al usuario:

Se fortaleció la orientación al paciente desde el primer contacto, brindando información clara y oportuna sobre los procedimientos de diálisis, citas médicas y requisitos administrativos. Esto permitió reducir los niveles de confusión y aumentar la satisfacción del usuario.

Educación al paciente:

Se llevaron a cabo charlas breves en sala de espera sobre temas clave como cuidados post-diálisis, nutrición renal, higiene personal y cumplimiento del tratamiento, fomentando una cultura de autocuidado y corresponsabilidad en el proceso de salud.

Estas iniciativas permitieron mejorar la experiencia del paciente y fortalecer la confianza en los servicios ofrecidos, garantizando una atención centrada en la dignidad, el respeto y la transparencia de los procesos asistenciales

El Departamento de Salud Ocupacional del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana está comprometido con brindar un servicio eficiente, ético y transparente tanto a los ciudadanos como a sus colaboradores. Promueve una comunicación abierta, el acceso a información relevante y el cumplimiento de altos estándares de integridad en todas sus acciones. A continuación, se describen las políticas y prácticas implementadas para garantizar la transparencia y la calidad del servicio.



1. Accesibilidad y Comunicación Clara con los Ciudadanos

Atención al Personal y Ciudadanos:

Se dispone de un canal directo de comunicación para que el personal del hospital y otros ciudadanos interesados puedan acceder a información sobre los servicios de salud ocupacional, reportar incidentes, expresar inquietudes o solicitar asistencia en temas relacionados con la seguridad laboral.

Portal Informativo:

A través del sitio web del hospital, se habilitará un apartado dedicado al Departamento de Salud Ocupacional, donde se podrán consultar políticas de salud laboral, protocolos de seguridad y programas de bienestar. También se incluirán preguntas frecuentes y guías prácticas sobre temas de interés.

2. Transparencia en la Gestión de la Salud Ocupacional

Publicación de Informes Periódicos:

El departamento proyecta la publicación de informes trimestrales y anuales que detallen el desempeño en salud ocupacional, incluyendo estadísticas de accidentes laborales, programas implementados y medidas de mejora. Estos informes estarán disponibles al público, reflejando el compromiso con la transparencia.

Divulgación de Resultados en Bienestar y Seguridad Laboral:

Se compartirán los avances y logros de las iniciativas de seguridad y bienestar laboral, destacando los beneficios obtenidos para el personal del hospital. Esta información se divulgará tanto de forma interna como en el portal institucional mediante boletines informativos.



3. Rendición de Cuentas

Auditorías Externas y Supervisión Interna:

El departamento se somete a auditorías periódicas por parte de entidades externas, que verifican el cumplimiento de normativas en salud ocupacional y la calidad de las prácticas aplicadas. Los resultados de estas auditorías serán presentados públicamente.

Revisión y Ajuste de Protocolos de Transparencia:

De forma regular, se revisan y actualizan los protocolos internos, garantizando que las políticas sean accesibles, comprensibles y ajustadas a las recomendaciones de auditorías y retroalimentación recibida.

4. Fomento de la Ética y la Integridad Institucional

Política de Ética Laboral:

Se ha implementado un código de ética que promueve la integridad, el respeto y la confidencialidad en el tratamiento de la información del personal. Se prohíbe toda forma de discriminación y se garantiza un trato justo y equitativo en todas las interacciones.

Confidencialidad en la Información de Salud:

Toda la información médica del personal se gestiona bajo estrictas normas de confidencialidad, cumpliendo con las leyes de protección de datos y privacidad.

5. Participación Ciudadana

Espacios para la Retroalimentación:

Se establecerán mecanismos como encuestas anuales y buzones de sugerencias para recoger la retroalimentación del personal y los ciudadanos.



PROYECCIONES AL PRÓXIMO AÑO

Memoria Institucional 2025

De cara al próximo año, el **Departamento de Planificación y Desarrollo** del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana orientará sus acciones hacia el fortalecimiento de la gestión institucional mediante la modernización de los procesos de planificación, el uso estratégico de los datos y la consolidación del enfoque de gestión por resultados. Las principales proyecciones incluyen:

- Implementación de un sistema digital integrado de planificación y seguimiento, que permita registrar, monitorear y evaluar en tiempo real los avances del Plan Operativo Anual (POA), indicadores clave y proyectos estratégicos del hospital.
- Actualización del Plan Estratégico Institucional, incorporando nuevos retos sanitarios, necesidades de la población y prioridades nacionales del sector salud, garantizando una planificación más pertinente y sostenible.
- Fortalecimiento de la gestión por resultados, desarrollando metodologías, herramientas y guías de trabajo que faciliten a las áreas operativas la formulación de metas e indicadores centrados en impacto y calidad.
- Mayor capacitación del personal institucional, a través de programas formativos en planificación, indicadores, gestión de proyectos, análisis de datos y evaluación de desempeño.
- Fomento de la cultura de planificación participativa, ampliando los espacios de trabajo conjunto con los



departamentos del hospital para la construcción de metas, la identificación de necesidades y el seguimiento colaborativo de resultados.

- Mejora en la articulación con las áreas transversales y de apoyo, para garantizar una gestión más integrada, eficiente y alineada con los objetivos estratégicos institucionales.
- Desarrollo de reportes analíticos más robustos, orientados a fortalecer la toma de decisiones de la Dirección General mediante el uso de estadísticas, tendencias, proyecciones y análisis comparativos.
- Optimización de la asignación de recursos, priorizando proyectos institucionales con mayor impacto en la calidad de la atención y mejor alineación con los lineamientos estratégicos del hospital.
- Consolidación de la transparencia en la planificación, mediante la generación y publicación de informes de gestión claros, oportunos y accesibles para la ciudadanía y los organismos de control.
- Incorporación progresiva de tecnologías de análisis de datos, que permitan evaluar tendencias institucionales y mejorar la eficiencia del proceso de planificación.

Estas proyecciones permitirán reforzar el papel estratégico del Departamento de Planificación y Desarrollo, promoviendo una gestión institucional más eficiente, moderna y centrada en resultados medibles y sostenibles.



Oficina de Acceso a la Información (OAI)

Para el próximo período, la Oficina de Acceso a la Información (OAI) del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana enfocará sus esfuerzos en la obtención de la certificación NORTIC A3 sobre Datos Abiertos y en alcanzar el 100 % en las evaluaciones de la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG). Ya se están desarrollando acciones concretas para lograr estos objetivos, cuyos avances se reflejarán en el próximo informe semestral. Estas metas reafirman nuestro compromiso con la transparencia y la excelencia en la gestión de la información pública.

Asimismo, se contempla la mejora de la infraestructura de la Oficina, con adecuaciones en la estructura física y la asignación de nuevos equipos tecnológicos, lo que permitirá optimizar significativamente la calidad y eficiencia de los servicios ofrecidos a la ciudadanía.

En paralelo, se continuará invirtiendo en el desarrollo profesional del personal, a través de capacitaciones en temas clave como transparencia, ética pública, prevención de la corrupción y gestión de la información. Estas acciones garantizarán que el equipo de trabajo se mantenga a la vanguardia, fortaleciendo los procesos internos y asegurando un servicio de alta calidad.

Finalmente, se proyecta la conformación de la Comisión de Ética Pública, elemento fundamental para cumplir con las directrices de la DIGEIG y consolidar un marco de integridad institucional más robusto.

Retención de Talento Especializado



- Desarrollar programas de incentivos para el personal médico y de enfermería en áreas de alta demanda, con el fin de reducir la rotación y fortalecer la estabilidad en unidades críticas.

Capacitación Continua

- Incrementar la inversión en formación técnica y profesional, priorizando contenidos relacionados con la seguridad del paciente, avances médicos y buenas prácticas en la atención.

Gestión Estratégica del Desempeño

- Implementar un sistema de evaluación de desempeño vinculado a planes de desarrollo individual, fomentando la mejora continua y el reconocimiento del talento interno.
- Elevar los indicadores del Módulo de Administración del Personal (MAP) en la plataforma SISMAP Salud.
- Digitalizar la totalidad de los expedientes del personal desvinculado (excolaboradores), garantizando una gestión documental eficiente y conforme a los requerimientos normativos.

Departamento de contabilidad

Proyecciones de Funcionamiento y Modernización . Tenemos programado que todas nuestras unidades operen a su máxima capacidad, incluyendo la recientemente habilitada Unidad de Pie Diabético, con el objetivo de ampliar la cobertura y eficiencia de los servicios ofrecidos a la ciudadanía.

Con miras a mejorar tanto la gestión médica como la administrativa, estamos en proceso de implementación de un sistema integrado de datos, respaldado por tecnología de telecomunicaciones de última generación. Esta plataforma permitirá:



- Mantener actualizada en tiempo real la base de datos institucional
- Eliminar gastos innecesarios
- Evitar la duplicidad de tareas
- Optimizar la toma de decisiones clínicas y administrativas

Asimismo, para el próximo año proyectamos continuar con el proceso de modernización del hospital, mediante la adquisición de nuevos equipos tecnológicos y médicos, ajustados a las necesidades detectadas en las distintas áreas, lo que contribuirá significativamente a elevar los estándares de atención y fortalecer nuestra infraestructura operativa.

El Departamento de Enseñanza se orienta a fortalecer sus programas académicos, mejorar la calidad educativa y adaptarse a las nuevas necesidades del entorno sanitario. Las proyecciones para el próximo año incluyen la expansión de la formación continua, el fortalecimiento de la infraestructura educativa y el impulso a la investigación académica, con un enfoque en la formación de profesionales altamente capacitados en medicina.

1. Expansión y Mejora de Programas de Formación Académica

Ampliación de programas de residencia médica:

- Incrementar el número de plazas para residentes en diversas especialidades médicas, incluyendo Medicina Interna, Cirugía, Oncología, Ortopedia y otras subespecialidades.

Fortalecimiento de la capacitación continua:

- Implementar nuevos ciclos de formación continua y actualización profesional para médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud, con enfoque en tecnologías



emergentes y metodologías innovadoras de atención.

- Ampliar la oferta educativa en modalidad presencial y virtual, incluyendo cursos cortos, seminarios y webinars sobre temáticas actuales como telemedicina, salud digital y gestión de enfermedades crónicas.

Desarrollo de cursos de formación interdisciplinaria:

Crear programas de capacitación que integren a médicos, enfermeros, farmacéuticos y otros profesionales de la salud, fomentando un enfoque colaborativo e integral en la atención al paciente.

2. Innovación en Herramientas y Métodos de Enseñanza

Adopción de tecnologías de la información en la educación:

- Expandir el uso de plataformas virtuales de aprendizaje para asegurar el acceso a materiales educativos y recursos interactivos para todos los estudiantes.
- Implementar simuladores médicos y herramientas digitales de realidad aumentada o virtual para prácticas clínicas, promoviendo una formación más inmersiva y realista.

Mejoras en laboratorios y aulas de simulación:

- Renovar equipos de simulación médica para ofrecer entornos que repliquen con mayor fidelidad situaciones clínicas reales.
- Expandir las instalaciones con nuevas áreas de simulación avanzada, centradas en emergencias y cuidados intensivos.

3. Investigación Académica y Proyectos Científicos

Fomento de la investigación y la innovación:

- Establecer nuevas líneas de investigación orientadas a enfermedades prevalentes y a la aplicación de tecnologías innovadoras en medicina.



- Crear alianzas con universidades y centros de investigación nacionales e internacionales para desarrollar proyectos colaborativos en salud pública, tratamientos innovadores y buenas prácticas clínicas.

Apoyo a la publicación científica:

- Incentivar la participación de residentes y médicos en la producción de artículos científicos, fijando metas concretas de publicaciones en revistas médicas de alto impacto.
- Crear un comité editorial interno que brinde soporte en la revisión, edición y difusión de las investigaciones realizadas en el hospital.

4. Fortalecimiento de la Infraestructura Educativa

Renovación de espacios académicos:

- Ampliar y modernizar aulas, salas de simulación y centros de recursos educativos, con entornos cómodos y tecnológicamente equipados para favorecer el aprendizaje.
- Mejorar la conectividad y la disponibilidad de dispositivos digitales, facilitando el acceso a plataformas educativas y recursos en línea.

Creación de nuevas áreas para investigación y aprendizaje:

Construir un centro de investigación y educación avanzada dentro del hospital.

5. Fortalecimiento de la Colaboración Nacional e Internacional

Alianzas académicas y clínicas:

- Establecer nuevas colaboraciones con universidades, instituciones de salud y centros de investigación



internacionales para el intercambio de conocimientos, la formación conjunta y la participación de expertos extranjeros en actividades académicas.

- Promover programas de intercambio y pasantías que permitan a estudiantes y residentes adquirir experiencias en distintos contextos médicos.

6. Evaluación y Mejora Continua de la Calidad Educativa

Monitoreo y retroalimentación:

- Implementar un sistema de evaluación integral para los programas educativos, a través de encuestas periódicas a estudiantes, docentes y personal sanitario.
- Establecer indicadores de calidad que midan la satisfacción, el desempeño académico y el impacto formativo, facilitando la mejora continua de los procesos.

Impacto Esperado

Con estas proyecciones, el Departamento de Enseñanza busca formar un mayor número de profesionales altamente capacitados, alineados con las demandas emergentes del sistema de salud. Asimismo, se proyecta consolidar al Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana como un referente nacional en educación médica e investigación, contribuyendo de manera significativa al fortalecimiento de la atención sanitaria en la República Dominicana.

El **Departamento de Estadística** del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana se ha propuesto avanzar hacia un modelo de gestión de la información más eficiente, automatizado y orientado a la toma de decisiones estratégicas.



Las siguientes proyecciones reflejan los objetivos y líneas de acción que guiarán nuestras actividades durante el próximo período:

1. Fortalecimiento de la infraestructura tecnológica

- Implementación de un sistema estadístico integrado con las plataformas clínicas y administrativas del hospital.
- Mejora de la conectividad de los terminales de captura de datos en todas las áreas asistenciales.

2. Mejora de la calidad de los datos

- Establecimiento de un programa permanente de auditorías internas de calidad de datos.
- Capacitación continua al personal en el registro correcto, preciso y oportuno de la información clínica.

3. Registro oportuno en plataformas institucionales

- Continuar con la digitación oportuna de los registros de nacidos vivos y defunciones en la plataforma de INTRANET del Ministerio de Salud Pública (MSP).

4. Reporte de indicadores al SISMAP-SALUD

- Mantener en un 100 % el cumplimiento del reporte oportuno de los indicadores institucionales al SISMAP -SALUD.

Servicio de farmacia hospitalaria tiene proyecciones orientadas al fortalecimiento de la calidad del servicio, la mejora continua de los procesos y la humanización de la atención farmacéutica. Estas acciones permitirán consolidar un modelo de gestión centrado en el paciente, eficiente y alineado con las normativas institucionales. Entre las principales proyecciones se destacan:



- 1. Continuidad de las capacitaciones en habilidades blandas para todo el personal de farmacia:** Con el objetivo de reforzar la empatía, la comunicación asertiva, el trabajo en equipo y la atención humanizada al usuario. Esto permitirá seguir mejorando la experiencia del paciente y el clima laboral del equipo de farmacia.
- 2. Actualización del Acta Constitutiva del Comité de Farmacovigilancia:** Esta actualización incluirá la revisión periódica de los miembros activos, la incorporación de nuevas especialidades que aporten valor desde su área de competencia y la redefinición de roles para fortalecer la vigilancia de eventos adversos y la seguridad del paciente.
- 3. Creación de la Guía Farmacoterapéutica del hospital:** Un documento institucional que servirá como referencia para la selección, prescripción y uso racional de medicamentos. Esta guía contribuirá a estandarizar los tratamientos, mejorar la eficiencia terapéutica y garantizar el acceso equitativo a medicamentos esenciales.
- 4. Implementación de mejoras en los procesos logísticos y de distribución:** Se proyecta optimizar la cadena de suministro de medicamentos e insumos, fortaleciendo los mecanismos de planificación, almacenamiento y despacho oportuno a las diferentes áreas del hospital.
- 5. Desarrollo de estrategias de educación al paciente:** Se contempla la elaboración de materiales informativos impresos y digitales sobre el uso correcto de medicamentos, efectos secundarios y medidas de seguridad en el hogar, con el fin de fomentar la adherencia terapéutica y el autocuidado.



Con miras a fortalecer la capacidad operativa y organizativa del departamento, se han definido las siguientes proyecciones para el próximo período:

Establecimiento de la oficina propia del departamento, con un equipo de soporte designado, que permitirá una gestión más eficiente, ágil y especializada de las acciones preventivas y de respuesta.

Concluir el programa de capacitación institucional, abarcando la totalidad del personal hospitalario, tanto administrativo como asistencial, en temas clave de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.

Actualizar los planes de emergencia específicos, incluyendo:

- Plan General de Emergencias
- Plan de Contingencia para la Temporada de Huracanes
- Plan Operativo de Semana Santa
- Plan Operativo de Navidad

Dar continuidad al cumplimiento de los planes de acción derivados del POA, garantizando el seguimiento y ejecución efectiva de las actividades asignadas al departamento.

Realización de simulacros internos, con el propósito de evaluar la capacidad de respuesta del personal y de las brigadas institucionales ante distintos escenarios de emergencia.

Estas acciones reafirman el compromiso del departamento con la seguridad, la preparación continua y la resiliencia institucional ante situaciones de riesgo.

El Departamento de Hostelería Hospitalaria proyecta para el año 2026 una serie de iniciativas estratégicas orientadas a mejorar la calidad, eficiencia, sostenibilidad y satisfacción del usuario en todos los servicios no clínicos.



1. Alimentación Hospitalaria

Proyecciones:

- Mejorar el menú con productos locales y nutritivos, adecuados a las condiciones clínicas de los pacientes.
- Implementar una evaluación continua de satisfacción de los usuarios sobre el servicio de alimentación.
- Lograr la digitación total de las dietas, integrándolas directamente al expediente clínico del paciente.

Metas:

- Aumentar la satisfacción de los pacientes con el servicio de alimentación al 95 %.
- Reducir al mínimo los errores en la entrega de dietas.

2. Limpieza y Aseo

Proyecciones:

- Adquisición de nuevos equipos de limpieza para fortalecer el alcance y eficiencia del servicio.
- Implementación de un sistema de monitoreo digital por áreas para seguimiento de la limpieza en tiempo real.
- Transición hacia el uso de productos de limpieza ecológicos.

3. Lavandería y Textil Hospitalario

Proyecciones:

- Automatización completa del sistema de lavado y rastreo de ropa hospitalaria mediante tecnologías de identificación.
- Mejora de las rutas y tiempos de distribución interna de textiles.



- Fortalecimiento del sistema de transporte mediante carritos térmicos, para preservar la temperatura de la ropa y alimentos en tránsito.

4. Gestión Ambiental

Proyecciones:

- Eliminación progresiva de utensilios plásticos de un solo uso.
- Fomento activo del reciclaje y la separación efectiva de residuos hospitalarios, según su tipo y riesgo.

5. Capacitación del Personal

Proyecciones:

Implementación de un programa de formación continua en:

- Bioseguridad
- Trato humanizado
- Sostenibilidad ambiental
- Fomento de charlas, talleres y capacitaciones regulares para el personal de hostelería hospitalaria.

Meta:

- Aumentar la participación ciudadana en actividades y retroalimentación en un 50 %.

Fortalecer la Colaboración Interdepartamental:

- Establecer reuniones periódicas de coordinación entre el Departamento de Monitoreo y Evaluación y otras áreas clave (como servicios clínicos, administración, calidad, etc.) para asegurar una alineación más estrecha en la ejecución del POA.
- Desarrollar talleres y capacitaciones conjuntas para sensibilizar y fortalecer el conocimiento sobre la importancia



del monitoreo y la evaluación dentro de la cultura organizacional del hospital.

- Crear canales de retroalimentación más efectivos entre los departamentos para asegurar la integración de recomendaciones y mejorar los resultados de los proyectos.

Mejorar los Resultados en la Evaluación del Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM):

- Implementar un sistema de monitoreo más riguroso y detallado de los indicadores de calidad y desempeño en cada una de las áreas evaluadas dentro del SRSM, con un enfoque proactivo en identificar y corregir cualquier área de oportunidad.
- Realizar auditorías internas más frecuentes para verificar el cumplimiento de los estándares establecidos y tomar acciones correctivas antes de las evaluaciones externas.
- Realizar un seguimiento específico a las áreas clave señaladas en evaluaciones anteriores, asegurando que se implementen las recomendaciones recibidas y se logren mejoras continuas en los procesos y resultados.

Optimizar los Resultados en la Evaluación del Servicio Nacional de Salud (SNS):

- Reforzar la implementación de los indicadores de desempeño establecidos por el SNS, evaluando de manera sistemática la calidad de los servicios médicos, administrativos y de infraestructura del hospital.
- Establecer planes de mejora que respondan a los puntos débiles identificados en evaluaciones previas y trabajar en conjunto con los responsables de cada área para garantizar el cumplimiento de los estándares nacionales de calidad.



- Aumentar la participación de todos los niveles de personal en la mejora continua de procesos, promoviendo la formación y sensibilización en la importancia del cumplimiento de los estándares del SNS.

Con el objetivo de fortalecer la calidad del servicio y responder de forma más integral a las necesidades de los pacientes, el Departamento de Nefrología y Hemodiálisis plantea las siguientes proyecciones para el año 2026:

1. Integración de nuevo personal médico y de enfermería

La incorporación de al menos un nefrólogo adicional y dos enfermeras especializadas permitirá optimizar los turnos, brindar mayor supervisión clínica y mantener la calidad del cuidado durante todo el proceso de atención.

2. Implementación de un plan de capacitación continua

Se desarrollarán jornadas formativas dirigidas al personal del departamento, enfocadas en protocolos de manejo renal, atención al usuario y control de infecciones, con el fin de elevar el estándar de atención y promover buenas prácticas clínicas.

3. Fortalecimiento del componente psicosocial

Se proyecta estructurar un programa integral de apoyo psicológico y educación nutricional para pacientes en hemodiálisis. Esta iniciativa busca mejorar la adherencia al tratamiento, el bienestar emocional y la calidad de vida general de los usuarios.

El **Departamento de Salud Ocupacional** proyecta una serie de acciones estratégicas para el próximo año, con el objetivo de fortalecer su impacto en el bienestar y la seguridad del personal.



Estas proyecciones están orientadas a ampliar los servicios actuales, implementar nuevas tecnologías y fomentar una cultura organizacional sólida en torno a la seguridad y salud laboral.

1. Implementación de Nuevas Tecnologías para la Seguridad Laboral

Sistema de Monitoreo de Salud Ocupacional Digitalizado:

Se prevé la implementación de un sistema digital integrado que permita el seguimiento en tiempo real de indicadores de salud y riesgos ocupacionales. Este sistema contempla la digitalización de registros médicos y reportes de incidentes, optimizando la gestión de datos y facilitando la toma de decisiones. Actualmente se encuentra en desarrollo, con áreas por mejorar.

Equipos de Monitoreo Ambiental:

Se planea mantener una supervisión constante de factores de riesgo como calidad del aire, niveles de ruido y temperatura en áreas críticas del hospital, permitiendo así una intervención oportuna y mejoras en el control ambiental. Esta iniciativa está en seguimiento.

2. Expansión de Programas de Bienestar y Salud Mental

Programa Integral de Bienestar Emocional:

Se implementará un programa más completo de salud mental, con nuevas terapias, sesiones de apoyo psicológico y módulos personalizados de manejo del estrés, dirigidos especialmente a personal en áreas de alta presión como Emergencias y UCI. Este programa está en fase de planificación.

Actividades de Promoción de la Salud Física:

Se introducirán programas de ejercicios adaptados a las necesidades del personal, tales como pausas activas, clases de yoga y técnicas de



relajación. Aunque aún se requiere un espacio físico adecuado, se buscará aumentar la participación en estas actividades para reducir la fatiga y mejorar el bienestar general.

3. Ampliación de Capacitación y Sensibilización en Salud Ocupacional

Capacitaciones Especializadas por Departamento:

Se incrementará el número de formaciones adaptadas a los riesgos específicos de cada área (quirófano, radiología, laboratorio, entre otros), con el fin de reducir incidentes y reforzar las buenas prácticas laborales.

Entrenamiento en Emergencias y Primeros Auxilios:

En colaboración con el Departamento de Prevención, se espera capacitar al 100 % del personal en primeros auxilios y respuesta a emergencias, fortaleciendo así la preparación institucional ante cualquier eventualidad.

4. Fortalecimiento de la Transparencia y la Comunicación Institucional

Portal de Transparencia de Salud Ocupacional:

Se proyecta habilitar un portal digital exclusivo para el Departamento de Salud Ocupacional, donde se publicarán informes de desempeño, actividades realizadas y recursos sobre prevención de riesgos. Este proyecto busca ofrecer acceso directo a la información y fortalecer la transparencia institucional.



5. Intensificación de la Cultura de Seguridad y Prevención de Riesgos

Campañas de Concienciación y Sensibilización:

Se desarrollarán campañas mensuales con charlas, afiches y boletines enfocados en temas clave como el uso correcto del EPP, higiene laboral y prevención de lesiones musculares. Estas campañas estarán alineadas con las normativas nacionales e internacionales en seguridad ocupacional.

Red de Embajadores de Seguridad:

Se designarán embajadores en cada unidad del hospital, responsables de promover prácticas seguras y mantener una comunicación directa con el departamento. Esta red busca fomentar el liderazgo en seguridad y aumentar el compromiso del personal.



ANEXOS

Memoria Institucional 2025

1. Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI)

Tabla 1.1 Solicitudes Atendidas por la Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI) Periodo enero-noviembre 2025.

Medio de solicitud	Recibidas	Pendientes	Resueltas	Rechazadas
Física	0	N/A	N/A	N/A
Electrónica	0	N/A	N/A	N/A
311	2	0	2	0
SAIP	8	0	8	0
Total	10	0	10	0

Fuente: OAI, portal de transparencia.

<https://www.hospitalmarcelinovelez.gob.do/transparencia/>

Tabla 1.2. Calificaciones Transparencia DIGEIG. Periodo 2025.

Mes	Calificación
Enero	91.75
Febrero	90.86
Marzo	91.16
Abril	96.58
Mayo	Pendiente por calificar
Junio	Pendiente por calificar
Promedio	92.58

Fuente: OAI, portal de transparencia.

<https://www.hospitalmarcelinovelez.gob.do/transparencia/>



2. Gestion Recursos Humanos

Tabla 2.1. Estadísticas Semestrales 2025.

Áreas	Cantidades
Consultas externas	48,786
Emergencias atendidas	34,837
Cirugías	1,155
Pruebas laboratoriales	158,159
Estudios de imagen	42,533
Citologías y Patología: (incl. citologías laboratorio patología cervical)	1,987 (1,089 + 898)
Ingresos hospitalarios	4,969

Fuente: Gestion Recursos Humanos

Tabla 2.2 Capacitaciones impartidas 2025.

Cursos	Capacitados
Fundamentos del Sistema Nacional de Compras y Contrataciones Publicas	15
Servicio al Cliente	20
Inducción a la Administración Pública I	23
Comunicación Efectiva	30
Cortesía telefónica	20
Gestión de Calidad basada en Normas ISO 900	20
Gestion Hospitalaria	30

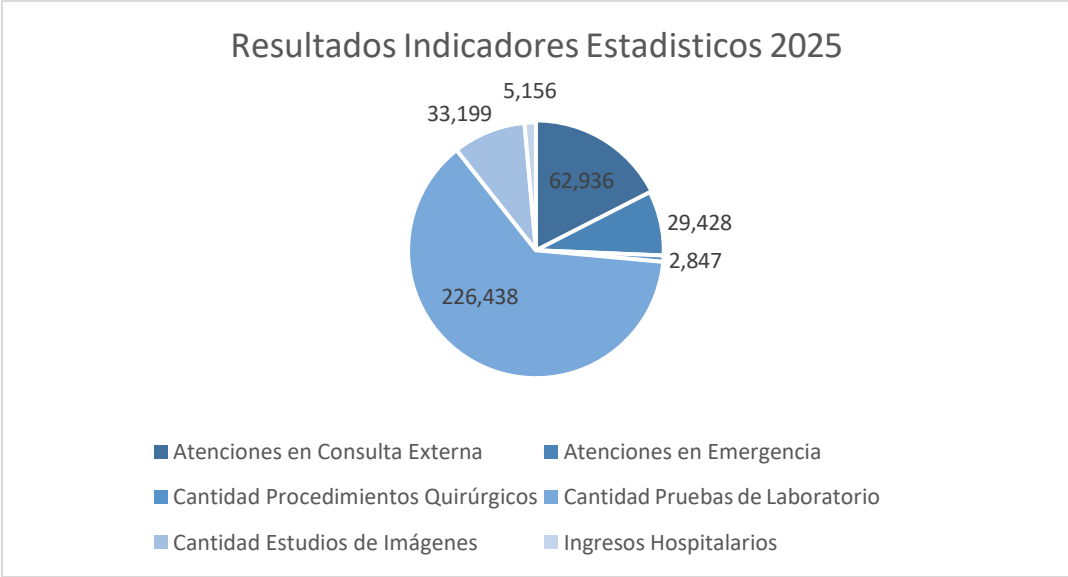


Ciber Seguridad	22
Técnica Profesional en Soporte y Procesos Informáticos	22
Manejo de las Relaciones Interpersonales	20
Trabajo en Equipo	20
Atencion al Ciudadano y Calidad en el Servicio	20
Redacción y Presentación de informes Técnicos	25
Diplomado en Auditoria en los Servicios de Salud	40

Durante el año 2025, más de 600,000 ciudadanos acudieron al Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana en busca de servicios de salud. A continuación, se presentan los datos que evidencian esta demanda:

Resultados Indicadores estadísticas Hospitalarias 2025	TOTAL 2025
Atenciones en Consulta Externa	62,936
Atenciones en Emergencia	29,428
Cantidad Procedimientos Quirúrgicos	2,847
Cantidad Pruebas de Laboratorio	226,438
Cantidad Estudios de Imágenes	33,199
Ingresos Hospitalarios	5,156

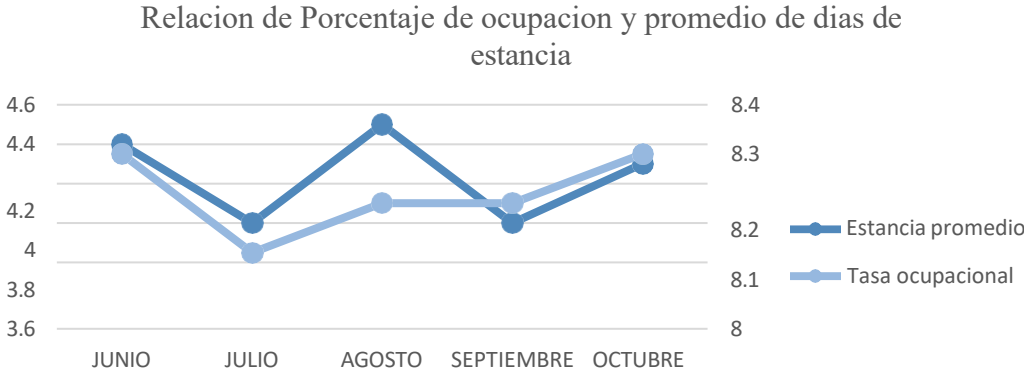




Ocupación y Promedio de Estadía

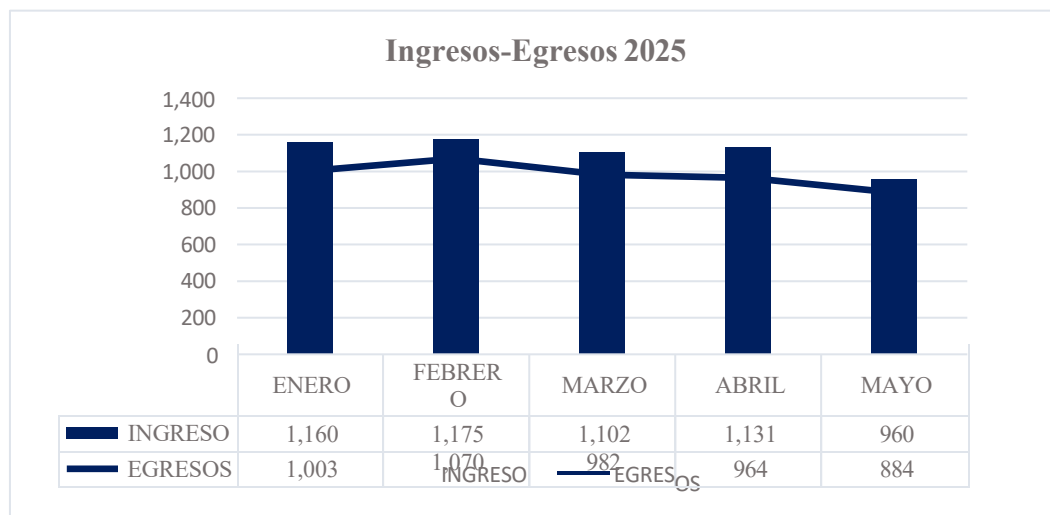
En cuanto al servicio de hospitalización, el hospital ha mantenido el cumplimiento de la meta establecida en el Plan Estratégico Institucional con relación al promedio de estadía. En el siguiente gráfico se muestran los porcentajes de ocupación hospitalari a (representados en barras) y, mediante una línea, el promedio de días de estancia.

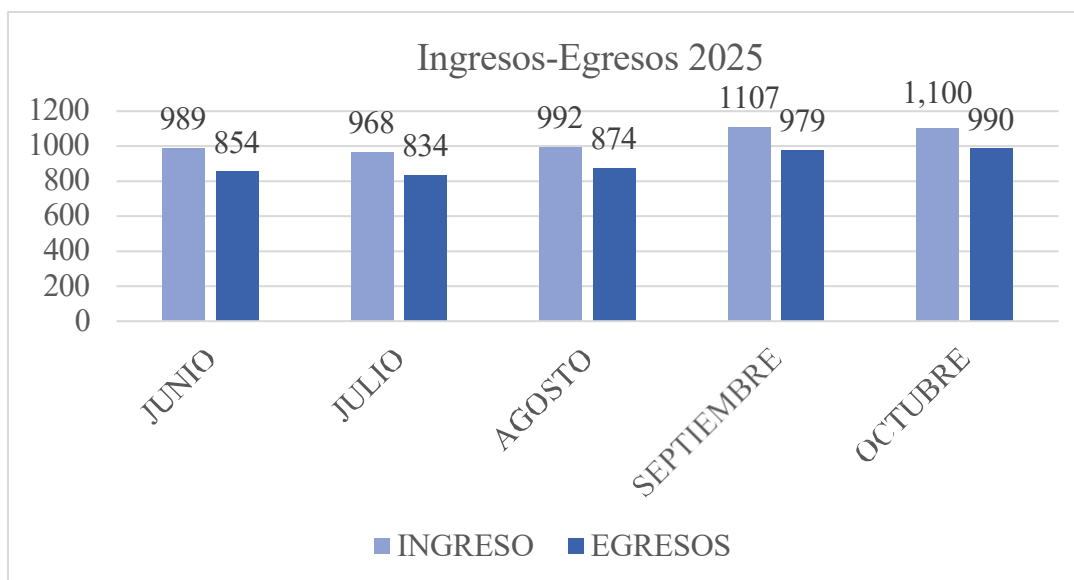
Al mes de octubre, se registró un porcentaje de ocupación del 96 % y un promedio de estadía de 4.6 días.



2025	INGRESO	EGRESOS
Enero	1,160	1,003
Febrero	1,175	1,070
Marzo	1,102	982
Abril	1,131	964
Mayo	960	884
Junio	989	854
Julio	968	834
Agosto	992	874
Septiembre	1,107	979
Octubre	1,100	990

Cantidad de Ingresos y Egresos





Producción de Servicios

Durante el año 2025, la producción de servicios hospitalarios del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana ha experimentado un aumento en comparación con el año 2024. Se observa una recuperación en los niveles habituales de atención y un incremento en la demanda de diversos servicios.

A continuación, se presentan los resultados correspondientes a los servicios ofrecidos:

INDICADOR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	TOTAL
Atenciones en Consulta Externa	9,572	10,301	10,188	11,038	9,982	51,081
Atenciones en Emergencia	5,382	5,409	5,417	5,452	5,490	27,150



Cantidad de Pruebas de Laboratorio	34,107	41,554	35,880	39,959	45,706	197,206
Cantidad de Estudios de Imágenes	5,010	6,016	7,175	6,343	5,599	30,143

INDICADOR	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	TOTAL
Atenciones en Consulta Externa	12,908	13,375	12,861	13,217	10,575	62,936
Atenciones en Emergencia	5,530	5,699	6,038	6,065	6,096	29,428
Cantidad de Pruebas de Laboratorio	45,708	45,551	49,790	45,686	39,753	226,438
Cantidad de Estudios de Imágenes	5,891	6,261	6,852	7,351	6,844	33,199



Tabla 4.1. Procesos e Indicadores de Hostelería Hospitalaria 2025.

PROCESOS	INDICADORES
Capacitación continua	100% del personal capacitado
Mantenimiento preventivo	100% de equipos inspeccionados
Mejora del menú de dietas	90% de dietas validadas
Señalización de áreas	90% de áreas señalizadas
Seguimiento de aseo de cortinas hospitalarias	100% de cortinas limpias y en buenas condiciones

Tabla 5.1. Resultados Misionales 2025.

Indicadores	Resultados
Pacientes crónicos	44
Sesiones de hemodiálisis	2,640
Consultas de nefrología	362
Interconsultas	886

Tabla 5.2. Consultas y cantidad de pacientes 2025.

Consultas	Cantidad de pacientes
Enero	57
Febrero	84
Marzo	85
Abril	60
Mayo	76



Tabla 5.3. Hemodiálisis y sesiones 2025.

Hemodiálisis	Sesiones
Enero	660
Febrero	500
Marzo	600
Abril	440
Mayo	440

Dra. Rafaela Sánchez Reyes



Matriz de Logros Relevantes Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana



Producto / servicio	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Total año 2025
Gastos por Ventas de Servicios	10,572,856.34	24,440,150.57	19,860,487.13	41,802,695.03	21,486,817.86	25,386,346.51	23,929,700.42	46,420,654.15	21,118,300.59	39,454,900.95	274,472,909.55
Ingresos por Ventas de Servicios	20,897,217.79	34,837,240.39	18,214,856.82	27,966,046.61	26,542,994.40	21,740,470.32	26,939,993.41	44,349,206.82	36,621,530.78	25,955,967.85	284,065,525.19
Gastos de Subvenciones	81,912,312.10	83,453,483.78	87,744,671.90	85,882,707.90	86,961,316.49	85,874,058.58	93,379,380.51	93,157,954.93	93,021,586.34	92,955,200.06	884,342,672.59
Ingresos por Subvenciones	195,347,205.97	92,868,306.51	87,027,921.52	87,027,921.52	87,027,921.52	87,027,921.52	93,452,345.01	94,162,320.79	94,162,320.79	94,162,300.79	1,012,266,485.94
Otros Ingresos	-	-	500,000.00	-	-	-	-	-	-	-	500,000.00

Fuente: Sistema De La Información De La Gestion Financiera

Análisis de la Matriz de Logros Relevantes

En cuanto a los ingresos de ventas de servicios con relación al periodo anterior se incrementaron en un **13%**, arrojando una de diferencia de **RD\$34,564,633.74** millones de pesos más cobrados a las ARS para este año, debido a que se han ido subsanando las falencias que teníamos en cuanto a las glosas.

En cuanto a los ingresos por subvención logramos que el Estado nos facilitara un **41%** adicional con relación al periodo anterior, representando una diferencia de **RD\$297,770,017.96** a pesar de que ahora tenemos más gastos de personal e insumos para atender las necesidades de los usuarios, ya que para este año se abrieron diferentes áreas que están en su total funcionamiento, y también hubo un reajuste salarial para el personal médicos y algunos del área administrativa lo que incurre en más gastos.

En cuanto a los gastos de insumos y personal nos hemos mantenido con nuestra baja y subida, ya que se están manejando dos unidades de servicios con tan solo prácticamente el mismo presupuesto.



Matriz de Ejecución Presupuestaria
Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana



Código Programa / Subprograma	Nombre del Programa	Asignación presupuestaria 2024 (RD\$)	Ejecución 2024 (RD\$)	Cantidad de Productos Generados por Programa	Índice de Ejecución %	Participación ejecución por programa (%)
2.1	REMUNERACIONES Y CONTRIBUCIONES	1,116,942,823.65	873,982,418.23	3	78.25%	59.67%
2.2	CONTRATACION DE SERVICIOS	60,176,400.00	30,169,366.24	8	50.13%	2.06%
2.3	MATERIALES Y SUMINISTROS	255,228,158.33	234,509,700.86	8	91.88%	16.01%
2.4	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1,000,000.00	-	1	0.00%	0.00%
2.6	BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES	31,397,157.00	20,154,096.81	8	64.19%	1.38%
Totales		1,464,744,538.98	1,158,815,582.14	28		79.11%

FUENTE: SISTEMA DE LA INFORMACION DE LA GESTION FINANCIERA





Matriz de Principales Indicadores del Plan Operativo Anual (POA) 2025 Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana

No.	Área	Producto	Nombre del Indicador	Frecuencia	Medio(s) de Verificación	Meta	Resultado	Porcentaje de Avance
1	Comité Fármaco Terapéutico (CFT) / Farmacia	1.1.1.1 Mejora del suministro y abastecimiento de medicamentos	Reunión Comité Fármaco Terapéutico (CFT) Hospitalario y promoción del uso racional de los medicamentos	Trimestral	Listado de participación / Minuta / Fotos	4	3	75%
2	Laboratorio Clínico / Farmacia	1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	Supervisión para verificación de stock de insumos	Trimestral	Informe	4	3	75%
3	Laboratorio Clínico / Club de Donantes de Sangre	1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	Conformación y/o actualización de clubes de donantes de sangre en EES	Semestral	Otros / Listado de donantes actualizado / Acta de conformación	2	2	100%
4	Laboratorio Clínico	1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de	Realización la ruta de recolección de las muestras	Cuatrimestral	Otros / Presentar Cronogramas de	3	2	67%

		servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio			transporte de muestras / Hoja de ruta y formulario de envío muestras			
5	Laboratorio e Imágenes	1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	Digitalización de las pruebas y resultados	Trimestral	Reporte	4	3	75%
6	Laboratorio e Imágenes	1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	Cumplimiento acuerdo establecido/ reunión de seguimiento al plan	Trimestral	Plan / Informe	4	3	75%
7	Calidad de los Servicios de Salud	1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	Implementación de ampliación cartera de servicios de acuerdo con complejidad	Semestral	Informe / Otros/ Infolab	2	1	50%

8	Electromedicina	1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	Mantenimiento a los equipos y calibración	Semestral	Informe	2	1	50%
9	Laboratorio e Imágenes / Calidad de los Servicios de Salud	1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	Reunión con DPS para coordinar entrega insumos/ Participación evaluación externa calidad	Trimestral	Listado de participación / Minuta / Reporte de calidad	4	3	75%
10	Laboratorio Clínico	1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	Envío mensual del Infolab	Mensual	Reporte / Informe / Captura de correo enviado a DLI / Tomar en cuenta la parte de imágenes.	12	10	83%
11	Calidad de los Servicios de Salud / Dirección Médica	1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo	Conformación y/o actualización de comité de medicina transfusional en EES	Semestral	Otros / Acta de conformación	2	2	100%

		diagnóstico y laboratorio						
12	Emergencias	1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	Implementación del Modelo hospitalario y flujos de Asistencia Emergencias y Urgencias	Anual	Reporte	1	1	100%
13	Emergencias	1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	Socialización e implementación del RAC-Triaje en las Salas de Emergencias Centros Hospitalarios	Semestral	Listado de participación / Reporte	2	2	100%
14	Emergencias	1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	Implementación y llenado de historia clínica de emergencias y registro de todos los pacientes del libro de emergencias	Cuatrimestral	Reporte	3	3	100%
15	Enfermería	1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	Socialización e Implementación del procedimiento para la entrega, recibo y reposición de carro de paro	Semestral	Otros / Formulario	2	1	50%
16	Emergencias	1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	Registros en el tablero de Indicadores de Gestión de las Salas de Emergencias de	Semestral	Reporte	2	2	100%

			los Centros de Salud.					
17	Gestión de Riesgos	1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	Elaboración y/o actualización de los Planes de Emergencias y Desastres Hospitalarios	Anual	Plan	1	1	100%
18	Gestión de Riesgos	1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	Reunión del comité de emergencias para socialización del plan Hospitalarios Emergencias de salud pública y desastres naturales con el personal del hospital.	Cuatrimestral	Listado de participación / Minuta	3	3	100%
19	Gestión de Riesgos	1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	Simulacro para probar la funcionalidad de los Planes de Emergencias y Desastres Hospitalarios.	Anual	Reporte / Listado de participación / Fotos	1	1	100%
20	Gestión de Riesgos	1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para preparar el Operativo de Navidad y Año Nuevo comité de emergencias	Anual	Listado de participación / Minuta	1	0	0%

21	Gestión de Riesgos	1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para preparar el Operativo de Semana Santa comité de emergencias	Anual	Listado de participación / Minuta	1	1	100%
22	Gestión de Riesgos	1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para respuesta a Temporada Ciclónica y Eventos Hidrometeorológicos comité de emergencias	Anual	Listado de participación / Minuta	1	1	100%
23	Auditoría Médica	1.1.2.2 Programa de Fortalecimiento del Nivel Especializado	Análisis del comportamiento de las objeciones médicas y administrativas	Mensual	Informe	12	10	83%
24	Auditoría Médica	1.1.2.2 Programa de Fortalecimiento del Nivel Especializado	Elaboración de los planes de mejora para la disminución de las objeciones médicas, administrativas y el incremento de la facturación	Semestral	Plan	2	1	50%

25	Auditoría Médica	1.1.2.2 Programa de Fortalecimiento del Nivel Especializado	Implementación de los planes de mejora para la disminución de las objeciones médicas, administrativas y el incremento de la facturación de los CEAS.	Semestral	Plan / Informe	2	1	50%
26	Facturación	1.1.2.2 Programa de Fortalecimiento del Nivel Especializado	Realizar matriz de las ARS contratadas en el centro de salud	Mensual	Matriz de ARS contratadas	12	6	50%
27	Facturación	1.1.2.2 Programa de Fortalecimiento del Nivel Especializado	Implementación del proceso de Prefectura en centros priorizados.	Trimestral	Informe	4	3	75%
28	Epidemiología / Ginecología y Obstetricia	1.1.3.1 Aumento de la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en la Red SNS	Análisis de los indicadores Maternos Neonatales de la Sala Situacional de los CEAS	Trimestral	Otros / Matriz Sala Situación Materna-Neonatal	4	3	75%
29	Ginecología y Obstetricia	1.1.3.1 Aumento de la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en la Red SNS	Implementación de la Estrategia Código Rojo en los CEAS priorizados.	Bimestral	Informe	6	5	83%
30	Ginecología y Obstetricia	1.1.3.1 Aumento de la provisión	Elaboración y seguimiento al plan	Trimestral	Plan / Informe	4	3	75%

		de servicios de salud sexual y reproductiva en la Red SNS	de mejora resultado del monitoreo del apego a protocolo de atención en consulta prenatal en los CEAS priorizados.					
31	Ginecología y Obstetricia	1.1.3.1 Aumento de la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en la Red SNS	Seguimiento al uso y correcto llenado de la Historia Clínica Perinatal en los CEAS de SRS Norcentral, Nordeste y Este.	Trimestral	Reporte	4	3	75%
32	Ginecología y Obstetricia	1.1.3.1 Aumento de la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en la Red SNS	Elaboración y seguimiento al plan de mejora resultado del monitoreo al apego de los Protocolos de Trastornos Hipertensivos en el embarazo a los CEAS priorizados	Trimestral	Plan / Listado de participación	4	3	75%
33	Ginecología y Obstetricia / Calidad de los Servicios de Salud	1.1.3.1 Aumento de la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en la Red SNS	Seguimiento a la morbilidad materna extrema	Mensual	Reporte	12	10	83%
34	Ginecología y Obstetricia / Calidad	1.1.3.1 Aumento de la provisión de servicios de	Seguimiento y reporte de los casos de Sepsis Materna	Mensual	Reporte	12	10	83%

	de los Servicios de Salud	salud sexual y reproductiva en la Red SNS						
35	Atención a los Usuarios	1.2.2.1 Articulación de la Red SNS	Registro de las referencias y contrarreferencias de la Red.	Mensual	Reporte	12	10	83%
36	Unidad de Adolescentes	1.2.2.2 Provisión de servicios de Salud Materno, Infantil y Adolescentes de Calidad	Implementación y seguimiento a la Sala Situacional Infante Adolescente.	Mensual	Informe / Matriz de Sala Situacional	12	10	83%
37	Neonatología	1.2.2.2 Provisión de servicios de Salud Materno, Infantil y Adolescentes de Calidad	Seguimiento para el fortalecimiento de los Programas Madre Canguro	Trimestral	Autoevaluación / Módulo de registro / Plan de Mejora	4	3	75%
38	Neonatología	1.2.2.2 Provisión de servicios de Salud Materno, Infantil y Adolescentes de Calidad	Seguimiento para el fortalecimiento de los Programas de Detección Temprana de Déficit Auditivo	Trimestral	Módulo de registro PDTA	4	3	75%
39	Pediatría / UCI Pediátrico	1.2.2.2 Provisión de servicios de Salud Materno, Infantil y Adolescentes de Calidad	Fortalecimiento en la atención a pacientes críticos (emergencia y UCIP)	Trimestral	Informe	4	3	75%

40	Servicios Sociales	1.2.2.2 Provisión de servicios de Salud Materno, Infantil y Adolescentes de Calidad	Fortalecimiento en la atención a NNA asistidos por violencia.	Mensual	Listado de participación / Minuta	12	10	75%
41	Epidemiología	1.2.2.2 Provisión de servicios de Salud Materno, Infantil y Adolescentes de Calidad	Seguimiento a la cobertura de vacunas del recién nacido y la aplicación en menores de 5 años	Mensual	Otros / Matriz de vacuna	12	10	75%
42	Neonatología	1.2.2.2 Provisión de servicios de Salud Materno, Infantil y Adolescentes de Calidad	Seguimiento al uso y correcto llenado de la Cédula de Salud del niño/niña.	Trimestral	Reporte	4	3	75%
43	Unidad de Adolescentes	1.2.2.2 Provisión de servicios de Salud Materno, Infantil y Adolescentes de Calidad	Fortalecimiento de las condiciones esenciales para la atención a personas adolescentes	5	Plan / Informe	5	4	83%
44	Unidad de Adolescentes	1.2.2.2 Provisión de servicios de Salud Materno, Infantil y Adolescentes de Calidad	Seguimiento a la planificación a personas adolescentes con énfasis en Post Evento Obstétrico centrado Métodos de Larga duración.	Mensual	Reporte	12	10	83%

45	Unidad de Adolescentes	1.2.2.2 Provisión de servicios de Salud Materno, Infantil y Adolescentes de Calidad	Fortalecimiento de las Unidades de atención integral a personas adolescentes (UAIPA)	Mensual	Informe	12	10	83%
46	Calidad de los Servicios de Salud	1.2.3.1 Comités de Salud Hospitalarios (priorizados según Reglamento Hospitalario 434-07)	Sesiones de los comités hospitalarios	Trimestral	Listado de participación / Minuta	4	3	75%
47	Calidad de los Servicios de Salud	1.2.3.1 Comités de Salud Hospitalarios (priorizados según Reglamento Hospitalario 434-07)	Conformación de los comités Hospitalarios	Anual	Reporte / Otros / Actas de conformación	1	1	100%
48	Odontología	1.2.4.1 Desarrollo del Programa de Salud Bucal	Capacitaciones a RRHH de las áreas de odontología de acuerdo con las necesidades.	Cuatrimestral	Listado de participación / Informe / Plan	3	2	67%
49	Odontología	1.2.4.1 Desarrollo del Programa de Salud Bucal	Desarrollo de plan de acciones para el acondicionamiento de infraestructura, mantenimiento de equipos y	Trimestral	Informe / Plan	4	3	75%

			equipamiento de las áreas de odontología EES					
50	Odontología	1.2.4.1 Desarrollo del Programa de Salud Bucal	Desarrollo del Programa Fomento de la Salud bucal.	Cuatrimestral	Informe	3	2	67%
51	Odontología	1.2.4.1 Desarrollo del Programa de Salud Bucal	Desarrollo del Programa Hospitales libre de caries	Semestral	Informe	2	2	100%
52	Calidad de los Servicios de Salud	1.2.5.1 Metodología de la Gestión Productiva	Autodiagnóstico conforme la metodología de la gestión productiva	Anual	Reporte	1	1	100%
53	Calidad de los Servicios de Salud	1.2.5.1 Metodología de la Gestión Productiva	Elaboración del plan de mejora a partir de los resultados del autodiagnóstico de la MGPSS	Semestral	Plan	2	1	50%
54	Calidad de los Servicios de Salud	1.2.5.1 Metodología de la Gestión Productiva	Implementación del plan de mejora a partir de los resultados del autodiagnóstico de la MGPSS	Semestral	Informe / Plan	2	1	50%
55	Atención a los Usuarios	1.3.3.1 Gestión de la Experiencia del Paciente	Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios acorde a cuota establecida mensualmente	Mensual	Reporte	12	10	83%

56	Atención a los Usuarios	1.3.3.1 Gestión de la Experiencia del Paciente	Generación de reporte de nivel de satisfacción de usuarios	Trimestral	Reporte	4	3	75%
57	Atención a los Usuarios	1.3.3.1 Gestión de la Experiencia del Paciente	Elaboración del plan de mejora de la experiencia del paciente	Anual	Plan	1	1	100%
58	Atención a los Usuarios	1.3.3.1 Gestión de la Experiencia del Paciente	Seguimiento a la implementación del plan de mejora de la experiencia del paciente	Semestral	Reporte	2	1	50%
59	Atención a los Usuarios	1.3.3.1 Gestión de la Experiencia del Paciente	Gestión de los buzones de sugerencias (QDRS)	Mensual	Reporte Excel / Informe / Formularios de apertura	12	10	83%
60	Estadísticas	1.3.3.1 Incremento Cobertura de Registro Oportuno de Nacimientos	Registro en Línea y a entrega de los Certificados de Nacidos Vivos	Mensual	Reporte	12	10	83%
61	Legal / Ginecología y Obstetricia	1.3.3.1 Incremento Cobertura de Registro Oportuno de Nacimientos	Identificación y derivación oportuna de las pacientes no declaradas o sin cédula a la Delegación (Ficha de Información General Prenatal).	Mensual	Reporte	12	10	83%

62	Enfermería	1.3.3.2 Continuidad implementación de la Política de estándar de los cuidados de enfermería como indicadores de calidad	Aplicación del carnet de cita en los EES de la red pública en los programas de materno infantil y adolescentes	Semestral	Listado de participación / Reporte	2	1	50%
63	Enfermería	1.3.3.2 Continuidad implementación de la Política de estándar de los cuidados de enfermería como indicadores de calidad	Implementación de los instrumentos de expediente clínico y su aplicación para la mejora en la calidad de los cuidados por encargadas regionales de enfermería	Cuatrimestral	Listado de participación / Minuta	3	2	67%
64	Enfermería	1.3.3.2 Continuidad implementación de la Política de estándar de los cuidados de enfermería como indicadores de calidad	Monitoreo de los cuidados que ofrece el personal de enfermería a los usuarios en los EES de la red pública en el ámbito ambulatorio y hospitalario	Trimestral	Listado de participación / Otros / Formulario de supervisión	4	3	75%
65	Enfermería	1.3.3.2 Continuidad implementación de la Política de estándar de los cuidados de	Aplicación del estándar Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud.	Semestral	Otros / Formulario	2	1	50%

		enfermería como indicadores de calidad	(IAAS) Por el personal de enfermería					
67	Calidad de los Servicios de Salud	1.3.4.1 Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud	Autoevaluación del Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente.	Anual	Otros / Formularios y sustentos de cada ítem del formulario de autoevaluación del comité.	1	1	100%
67	Calidad de los Servicios de Salud	1.3.4.1 Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud	Ejecución del Plan de Monitoreo Mensual de Expedientes en Adherencia a Protocolos, Guías de Atención y Otras Normativas del MSP	Mensual	Plan / Otros / Formulario	12	10	83%
68	Calidad de los Servicios de Salud	1.3.4.1 Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud	Elaboración del Reporte de Monitoreo de Expedientes en Adherencia a Protocolos, Guías de Atención y Otras Normativas del MSP	Cuatrimestral	Reporte	3	2	67%

69	Calidad de los Servicios de Salud	1.3.4.1 Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud	Elaboración del Plan de Mejora de Calidad de Servicios (Monitoreados y/o Supervisados por Calidad en los Servicios)	Anual	Plan	1	1	100%
70	Calidad de los Servicios de Salud	1.3.4.1 Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud	Seguimiento a la Implementación del Plan de Mejora de Calidad de Servicios (Monitoreados y/o Supervisados por Calidad en los Servicios)	Anual	Informe	1	1	100%
71	Epidemiología	1.3.4.2 Prevención y Control del Riesgo Biológico	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	Cuatrimestral	Listado de participación / Minuta	3	2	67%
72	Epidemiología	1.3.4.2 Prevención y	Autoevaluación de los procesos de Bioseguridad,	Trimestral	Otros / Formulario	4	3	75%

		Control del Riesgo Biológico	Control de Infecciones e Higiene y Desechos Hospitalarios					
73	Epidemiología	1.3.4.2 Prevención y Control del Riesgo Biológico	Elaboración del Plan de Mejora de Bioseguridad, Control de Infecciones e Higiene y Desechos Hospitalarios	Anual	Plan	1	1	100%
74	Epidemiología	1.3.4.2 Prevención y Control del Riesgo Biológico	Seguimiento a la Implementación del Plan de Mejora de Bioseguridad, Control de Infecciones e Higiene y Desechos Hospitalarios	Semestral	Informe	2	1	50%
75	Calidad de los Servicios de Salud / Epidemiología	1.3.4.2 Prevención y Control del Riesgo Biológico	Elaboración de los planes de mejora a partir de los resultados de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria	Cuatrimestral	Plan	3	2	67%
76	Epidemiología	1.3.4.2 Prevención y Control del Riesgo Biológico	Notificación oportuna de las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica	Mensual	Reporte	12	10	83%

77	Calidad de los Servicios de Salud	1.3.4.3 Seguimiento a la Habilitación de los Servicios de Salud	Ejecución de las Autoinspecciones de Habilitación en los servicios	Anual	Otros / Formulario	1	1	100%
78	Calidad de los Servicios de Salud	1.3.4.3 Seguimiento a la Habilitación de los Servicios de Salud	Priorización de mejoras para la habilitación de los Servicios de Salud, incluyendo no conformidades del MSP	Anual	Plan	1	1	100%
79	Calidad de los Servicios de Salud	1.3.4.3 Seguimiento a la Habilitación de los Servicios de Salud	Seguimiento a la implementación de las mejoras priorizadas de habilitación	Semestral	Reporte	2	1	50%
80	Enfermería	2.1.1.1 Programa Cuidados de enfermería en plataforma de capacitación	Capacitación Estándar Proceso de Atención de Enfermería en el ámbito ambulatorio y hospitalario	Cuatrimestral	Listado de participación / Agenda	3	2	67%
81	Enfermería	2.1.1.1 Programa Cuidados de enfermería en plataforma de capacitación	Capacitaciones de Liderazgo y Gestión por las encargadas regionales de enfermería en los EES	Semestral	Listado de participación / Agenda	2	1	50%
82	Recursos Humanos	2.1.1.2 Programas de desarrollo de competencias	Ejecución Plan de Capacitación -2025.	Trimestral	Plan Capacitación 2025 / Listado de	4	3	75%

		técnicas y habilidades blandas.			participación / Captura correo enviado a la Oficina regional			
83	Recursos Humanos	2.1.1.2 Programas de desarrollo de competencias técnicas y habilidades blandas.	Detección necesidades capacitación por departamento CEAS -Plan 2026.	Anual	Formulario estandarizado para DNC.	1	1	100%
84	Recursos Humanos	2.1.1.2 Programas de desarrollo de competencias técnicas y habilidades blandas.	Elaboración del Plan de Capacitación CEASS-2026.	Anual	Plan de Capacitación 2026.	1	1	100%
85	Recursos Humanos	2.1.1.3 Evaluación del desempeño laboral.	Revisión acuerdos de desempeño CEAS y Primer Nivel de Atención.	Cuatrimestral	Minuta de revisión de acuerdos de desempeño por áreas	3	2	67%
86	Recursos Humanos	2.1.1.3 Evaluación del desempeño laboral.	Evaluación del desempeño laboral 2024.	Anual	Matriz para reportar resultados de evaluación del desempeño	1	1	100%

					laboral 2024.			
87	Recursos Humanos	2.1.1.3 Evaluación del desempeño laboral.	Consolidado de resultados de acuerdos del desempeño laboral 2025.	Anual	Matriz para reportar acuerdos del desempeño laboral 2025	1	1	100%
88	Salud Ocupacional	2.2.2.1 Implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo.	Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en la Administración Pública (SISTAP).	Trimestral	Informes	4	3	75%
89	Salud Ocupacional	2.2.2.1 Implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo.	Evaluación, seguimiento del personal con licencias recurrentes y los enviados a auditoría médica.	Mensual	Informe de evaluación, seguimiento o del personal con licencias recurrentes y los enviados a auditoría médica.	12	10	83%
90	Salud Ocupacional	2.2.2.1 Implementados los aspectos de gestión relacionados con	Seguimiento e investigación de accidentes y enfermedades laborales.	Trimestral	Reporte	4	3	75%

		seguridad y salud en el trabajo.						
91	Salud Ocupacional	2.2.2.1 Implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo.	Gestión de subsidios por enfermedad común.	Mensual	Matriz, reporte del registro SISALRIL.	12	10	83%
92	Recursos Humanos	2.3.1.1 Levantamiento de necesidades de personal para cubrir vacantes actuales y nuevos recursos.	Reporte trimestral de la dotación de acuerdo con las estructuras aprobadas de los establecimientos.	Trimestral	Reporte consolidado (físico y digital en formato de Excel)	4	3	75%
93	Recursos Humanos	2.3.1.1 Levantamiento de necesidades de personal para cubrir vacantes actuales y nuevos recursos.	Validación de estatus de los perfiles de los colaboradores activos en nómina.	Trimestral	Listados de participantes / Reporte trimestral (Físico y digital en formato de Excel).	4	3	75%
94	OAI	3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	Actualización del portal de transparencia	Mensual	Reporte / Otros / Captura de imágenes	12	10	83%
95	OAI	3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y	Levantamiento de las necesidades de la OAI	Cuatrimestral	Informe	3	3	100%

		Participación Ciudadana						
96	OAI	3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	Capacitación en la Ley 200-04 y la Resolución No. 002-21 de la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental	Cuatrimestral	Listado de participación	3	2	67%
97	OAI	3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	Capacitación en el Sistema Nacional de Atención Ciudadana 311	Semestral	Listado de participación	2	1	50%
98	OAI	3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	Capacitación sobre declaración jurada de bienes, dirigida al personal que le corresponda presentarla	Semestral	Listado de participación	2	1	50%
99	OAI	3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	Capacitación en la Ley No. 172-13 sobre Protección de Datos	Anual	Listado de participación	1	1	100%
100	OAI	3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	Creación y/o socialización de la Matriz de Responsabilidad	Anual	Otros / Matriz de responsabilidad	1	0	0%

101	OAI	3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	Creación y/ o actualización de la Resolución de Información Clasificada (si aplica)	Anual	Resolución	1	1	100%
102	Financiera	3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	Rendir oportunamente las cuentas de anticipos financieros para su regulación en el período	10	Reporte	10	10	100%
103	Financiera	3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	Asegurar el reporte oportuno de facturación eficiente de ingresos por las diferentes fuentes de financiamiento.	Mensual	Reporte	12	10	83%
104	Financiera / Nómina	3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	Rendir oportunamente las informaciones concernientes a los indicadores de ingreso, facturación, nómina, deuda e ingresos de odontología	Trimestral	Reporte	4	3	75%
105	Contabilidad	3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y	Reportar oportunamente las informaciones financieras que	Trimestral	Reporte	4	3	75%

		de la evaluación del control interno	alimentan el sistema de indicadores, fundamentas en el registro sistemático de las transacciones sosteniendo la calidad del dato.					
106	Financiera	3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	Reportar la ejecución presupuestaria consolidada de ingresos y egresos proveniente de las diferentes fuentes de financiamiento.	Trimestral	Reporte	4	3	75%
107	Contabilidad / OAI	3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	Cargar oportunamente las informaciones financieras cumpliendo con los criterios de calidad dispuestos por las normativas para que estén disponible a la ciudadanía.	Mensual	Reporte	12	10	83%
108	Financiera	3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	Realizar el cierre de las operaciones del año fiscal de acuerdo con las normativas emitidas por la DIGECOG.	Anual	Informe	1	0	0%

109	Financiera	3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	Elaboración de los Estados Financieros y sus anexos	Mensual	Otros	12	10	83%
110	Sección de Bienes	3.1.1.3 Fortalecimiento del Sistema de Administración de Bienes	Actualización de inventarios Sede	Semestral	Registro Digital	2	1	50%
111	Compras	3.2.1.1 Ejecución de los procesos de compra en tiempo oportuno	Codificación y carga PACC 2026	Trimestral	Registro Digital	4	3	75%
112	Compras	3.2.1.1 Ejecución de los procesos de compra en tiempo oportuno	Seguimiento al comportamiento del SISCOMPRA	Anual	Informe	1	1	100%
113	Compras	3.2.1.1 Ejecución de los procesos de compra en tiempo oportuno	Consolidación y validación de la plantilla SNCC F053 para el Plan Anual de Compras y Contrataciones	Anual	Otros	1	1	100%
114	Planificación y Desarrollo	3.4.1.1 Levantamiento de Necesidades de Cooperación no Reembolsable	Llenado y envío del formulario de levantamiento de necesidades de cooperación no reembolsable a la ORS	Anual	Otros	1	1	100%

115	Tecnología	3.5.1.1 Mejora de la infraestructura tecnológica de la Red SNS	Actualización y mantenimiento de portales web	Trimestral	Reporte / Otros / Captura de imágenes	4	3	75%
116	Tecnología	3.5.1.1 Mejora de la infraestructura tecnológica de la Red SNS	Soportes incidencias tecnológicas atendidas	Trimestral	Reporte	4	3	75%
117	Tecnología	3.5.1.1 Mejora de la infraestructura tecnológica de la Red SNS	Inventario de activos tecnológicos	Semestral	Otros / Matriz de inventario	2	1	50%
118	Planificación y Desarrollo	3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	Implementación, renovación o actualización de CCC (Carta Compromiso al Ciudadano) según aplique	Anual	Otros / Resolución aprobatoria	1	1	100%
119	Planificación y Desarrollo	3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	Seguimiento al cumplimiento de la CCC (Carta Compromiso al Ciudadano)	Trimestral	Reporte	4	3	100%
120	Planificación y Desarrollo	3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	Elaboración/ actualización de autodiagnóstico CAF	Anual	Otros / Guía de autodiagnóstico sector salud / Sistema afinado de	1	1	100%

					puntuación / Informe de autodiagnóstico"			
121	Planificación y Desarrollo	3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	Elaboración plan de mejora CAF próximo año	Anual	Plan	1	1	100%
122	Planificación y Desarrollo	3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	Informe de seguimiento a plan de mejora CAF año en curso	Semestral	Informe	2	2	100%
123	Planificación y Desarrollo	3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	Firma de acuerdo de evaluación de desempeño institucional (EDI) solo aplica si hay cambio de autoridad	Anual	Otros / Acuerdo EDI	1	1	100%
124	Planificación y Desarrollo	3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	Ejecución de las sesiones del comité de calidad del CEAS	Trimestral	Listado de participación	4	3	75%

125	Planificación y Desarrollo	3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	Sesión de trabajo para elaboración de plan de mejora y contribuir al cumplimiento de los indicadores en SISMAP Salud y Programa de Desempeño SNS	Anual	Listado de participación / Plan	1	1	100%
126	Planificación y Desarrollo	3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	Seguimiento al plan de mejora de los indicadores en SISMAP Salud y Programa de Desempeño SNS	Anual	Informe / Plan	1	1	100%
127	Planificación y Desarrollo	3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	Mesa interna para la revisión y ajuste del Plan Operativo Anual 2026	Semestral	Plan / Listado de participación	2	2	100%
128	Planificación y Desarrollo	3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	Elaboración de la memoria institucional 2025	Semestral	Memoria	2	2	100%
129	Financiera	3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de	Formulación del presupuesto 2026	Anual	Plan	1	1	100%

		gestión y monitoreo de la calidad institucional						
130	Planificación y Desarrollo	3.7.1.2 Despliegue nueva estructura organizativa Red SNS por nivel de complejidad	Cumplimiento del análisis y rediseño de estructura organizativa, coordinado por el MAP y Desarrollo Institucional SNS (solo aplica a quienes no tienen estructura aprobada)	Trimestral	Mails seguimiento (DDI sede Central, MAP), Informe de estatus Resoluciones aprobadas (A partir del 2do. Trimestre)	4	3	75%
131	Planificación y Desarrollo	3.7.1.3 Identificación de buenas prácticas en función del Programa de Innovación para los EES	Identificación de buenas prácticas en función del Programa de Innovación para los EES.	Semestral	Formulario de solicitud alimentación del portal con practica de mejora o solicitud para implementación de mejora y/o Mail respuesta de carga al	2	2	100%

					Portal Web e Informe de seguimiento de la practica en desarrollo o implementada (último trimestre)			
132	Monitoreo y Evaluación	3.7.1.4 Ampliación del alcance del sistema de monitoreo	Autoevaluación POA 2025	Trimestral	Otros / Informe	4	3	75%
133	Planificación y Desarrollo	3.7.1.4 Ampliación del alcance del sistema de monitoreo	Socialización y elaboración de planes de mejora acorde a los hallazgos de los MEP	Trimestral	Listado de participación / Minuta / Plan	4	3	75%
134	Comunicaciones	3.3.1.1 Implementación del Manual de Señalética e Identidad de la Red SNS (Comunicación estratégica y posicionamiento institucional).	Cumplimiento de la identidad institucional EES. (para el Programa Desempeño SNS).	Semestral	Reporte	2	2	100%

135	Comunicaciones	3.3.1.2 Despliegue del Manual de Comunicaciones Internas y Externas	Despliegue Plan Institucional de Comunicaciones: Colocación carteles / displays publicitarios (impresos/digitales) en centros de la Red.	Semestral	Registro Digital / Fotos	2	1	50%
136	Comunicaciones	3.3.1.2 Despliegue Plan Interconexión Red Pública de Servicios de Salud (Educación en Salud)	Implementación Plan Interconexión Red Pública de Servicios de Salud (Educación en Salud)	Trimestral	Reporte	4	3	75%
137	Comunicaciones	3.3.1.3 Despliegue Plan de Gestión Ambiental / Responsabilidad Social Institucional	Campaña de promoción del consumo de energía y eficiencia energética (interna / externa).	Cuatrimestral	Otros / Publicaciones en medios sociales / correo interno	3	2	75%
138	Comunicaciones	3.3.1.3 Despliegue Plan de Gestión Ambiental / Responsabilidad Social Institucional	Campaña para promover reducción y uso eficiente del agua (interna / externa).	Cuatrimestral	Otros / Publicaciones en medios sociales / correo interno	3	2	75%
139	Comunicaciones	3.3.1.3 Despliegue Plan de Gestión	Taller coordinado con la DCOM-SNS: Sensibilización en la	Cuatrimestral	Listado de participación / Agenda	3	2	75%

		Ambiental / Responsabilidad Social Institucional	Gestión de residuos peligrosos (para Hospitales / SRS).					
140	Comunicaciones	3.3.1.3 Despliegue Plan de Gestión Ambiental / Responsabilidad Social Institucional	Jornada ambiental (reforestación / limpieza de costas/otras) coordinada con instituciones públicas, privada y ONG.	Cuatrimestr al	Listado de participación / Agenda / Publicaciones en medios sociales/fotos	3	2	75%
141	Planificación Familiar	1.1.3.1 Aumento de la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en la Red SNS	Planificación Post Evento Obstétrico en los hospitales priorizados	Mensual	Reporte	12	10	83%
142	Ginecología y Obstetricia	1.1.3.1 Aumento de la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en la Red SNS	Elaboración de los planes de mejora de la metodología de Observación de la Práctica Clínica (OPC) según los resultados del monitoreo de calidad de los servicios en los CEAS priorizados	Trimestral	Plan	4	3	75%



Resumen del PACC 2025

Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana

DATOS DE CABECERA PACC

Monto estimado total	\$ 350,817,701.31
Monto total contratado	\$ 350,817,701.31
Cantidad de procesos registrados	24
Capítulo	5,180
Sub capítulo	01
Unidad ejecutora	0004
Unidad de compra	Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana

Año fiscal	2021
Fecha aprobación	NO CONTEMPLADO

MONTOS ESTIMADOS SEGÚN OBJETO DE CONTRATACIÓN

Bienes	\$ 67,075,438.96
Obras	N/A
Servicios	\$ 202,800.00
Servicios: consultoría	N/A
Servicios: consultoría basada en la calidad de los servicios	N/A

MONTOS ESTIMADOS SEGÚN CLASIFICACIÓN MIPYMES

MiPymes	\$ 737,494.76
MiPymes mujer	\$ 361,239.19
No MiPymes	\$ 66,179,505.01

MONTOS ESTIMADOS SEGÚN TIPO DE PROCEDIMIENTO

Compras por debajo del umbral	\$ 1,753.21
Compra menor	\$ 66,272,042.70
Comparación de precios	\$ 1,004,443.05
Licitación pública	NO CONTEMPLADO

Dra. Raquel D. Reyes



MONTOS ESTIMADOS SEGÚN TIPO DE PROCEDIMIENTO

Licitación pública internacional	N/A
Licitación restringida	N/A
Sorteo de obras	N/A
Excepción - bienes o servicios con exclusividad	N/A
Excepción - construcción, instalación o adquisición de oficinas para el servicio exterior	N/A
Excepción - contratación de publicidad a través de medios de comunicación social	N/A
Excepción - obras científicas, técnicas, artísticas, o restauración de monumentos históricos	N/A
Excepción - proveedor único	N/A
Excepción - rescisión de contratos cuya terminación no exceda el 40 % del monto total del proyecto, obra o servicio	N/A
Compra y contratación de combustible	NO CONTEMPLADO

Fuente: Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana

