

FECHA: JUNIO 2025

DATOS GENERALES

Lugar: DCSNS ☐ SRS ☐ Hospital ☒ CPN ☐
***Nombre del lugar:** HOSPITAL Dr. ANTONIO YAPOR HEDED
Área: DEP. CALIDAD DE GESTION INSTITUCIONA
Nombre de la Actividad: SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORA CAF AÑO E CURSO
Código POA (Si aplica): 3.7.1.1.05

INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde al informe de seguimiento del plan de mejora CAF 2025 del Hospital Provincial Dr. Antonio Yapor Heded.
El plan de mejora institucional está basado en la implementación del Marco Común de Evaluación (CAF) y las correspondientes áreas de mejora encontradas como resultado del autodiagnóstico CAF institucional.
Para esto se trabajaron los 9 criterios que componen el modelo en donde a partir de los hallazgos encontrados se priorizaron diez (7) áreas de mejora de las cuales ya se habían presentado acciones y evidencias del cumplimiento de las mismas.

OBJETIVO DEL INFORME

Nuestro objetivo es dar a conocer los avances y procesos llevados a cabo para la ejecución de las acciones de mejora del autodiagnóstico CAF, en el mismo se presentarán las actividades correspondientes al primer trimestre del año 2025 y su porcentaje de ejecución.

METODOLOGIA (Si aplica)

DESARROLLO / HALLAZGOS

Revisando el autodiagnóstico del CAF y más las debilidades del centro de elaboro un plan de mejora con el objetivo de aumentar la calidad y el eficientizar los servicios ofrecidos; después de dicho análisis se puntualizaron:

1. no se evidencia reuniones con el personal de ética.
2. identificar a todos los grupos de interés relevantes y analizar con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.
3. integrar aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.
4. accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transparencia al público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios).
5. conformación del comité de riesgos y desastres y elaborar un plan para la gestión.
6. establecer actividades que midan el nivel de responsabilidad social.
7. realizar medición de la política de residuos y de reciclaje.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

Al revisar el plan de mejora del CAF 2025, llegamos a la conclusión de que se han cumplido algunas de las metas propuestas a alcanzar, como es el fortalecimiento medioambiental, la publicación de los servicios y los tiempos de espera y la transparencia y la conformación del comité de riesgos y desastres. Con relación a las otras actividades que están a realizar en el plan, las mismas no se han podido llevar a cabo por el cambio de directora y personal de otros departamentos, ya cuando estén todos posicionados se someterá la solicitud para realizar el comité de ética, ya que el mismo se rige de algunos requisitos.

RECOMENDACIONES

Se recomienda,
Continuar trabajando adecuadamente para el cumplimiento de las actividades establecidas que quedan pendiente y las que ya están en proceso de nuestro plan de mejora CAF 2025, al igual que darle seguimiento a las mismas realizadas.

ANEXOS (Si aplica)

Instrucciones de llenado:

*Indique nombre del lugar: Este campo sólo aplica para SRS, Hospital y CPN.


Lic. Kianilda Guzmán Molina

Elaborado por
(Nombre y apellido)



EVIDENCIAS

HOSPITAL
PROVINCIAL
DR. ANTONIO YAPOR HEDED

PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL. MODELO CAF . HOSPITAL DR. ANTONIO YAPOR HEDED. 2025												
No.	Criterios No.	Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas	Tiempo		Recursos necesarios	Indicador	Responsable de seguimiento	Comentarios
							Inicio	Fin				
1	CRITERIO 1: LIDERAZGO	Subcriterio 1.1	No se evidencia reuniones con el personal del Comité de Ética.	Conformar un Comité de Ética que prevenga comportamientos no éticos.	Analizar casos que planteen un conflicto ético, asesorando a los profesionales usuarios o la propia institución a través de la elaboración de un informe o resolución.	Realizar reuniones con el Comité de Ética	ene-25	dic-25	Recursos Humanos / Material gastable	Actas de Reunión	de Administración	
2	CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.	SUBCRITERIO 2.1. Identificar las necesidades y expectativas de los grupos de interés, el entorno externo y la información de gestión relevante.	2. Identificar a todos los grupos de interés relevantes y analizar con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.	Analizar, actualizar y reunirse con los grupos de interés para socializar sus necesidades y expectativas.	Conocer y mejorar las necesidades y expectativas de los grupos de interés para satisfacer y cumplir con estas.	* Convocatoria para reunión grupo de interés "Realización de la reunión " Minuta con análisis de lo socializado	ene-25	dic-25	Humanos Tecnológicos	Acta de reunión y análisis	Enc. Planificación y Desarrollo	

3		SUBCRITERIO 2.2. Desarrollar la estrategia y la planificación, teniendo en cuenta la información recopilada	3. Integrar aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.	Fortalecer la gestión medioambiental y responsabilidad social mediante campañas y otras acciones.	Aportar con acciones a la responsabilidad social que impacten los ODS	* Elaborar campaña medioambiental + Aplicar gestión de reciclaje	ene-25	dic-25	Humanos y tecnológicos	No. de acciones realizadas	Administrativo y Comunicaciones	
4	CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANO/S/ CLIENTES.	6.1. Resultados de la percepción de los servicios y productos.	Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).	Determinar los tiempos de respuestas de los servicios	Lograr la estandarización en el tiempo de respuesta de los servicios, en las áreas pertinentes	1. Levantar y Analizar los servicios que brinda el Hospital. 2. Determinar los tiempos que conllevan cada uno de los servicios (consultas, citas y servicios) y determinar posibles mejoras. 3. Fijar el tiempo para cada servicio.	ene-24	dic-25	N/A	Tiempos de los servicios determinados y estandarizados	Dirección.	
5		SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.	conformar un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	llevar a cabo la conformación del comité de riesgos y desastres y elaborar un plan para la gestión de riesgos y/o desastres.	Conformar el comité de riesgo y desastres. Y en coordinación elaborar el plan de riesgos y desastres del hospital.	Reunirse con el personal para poder conformar el comité de riesgos y desastres.	ene-25	dic-25	Humanos	Acta de reunión y análisis	Rec. Emergencias.	De

6	Subcriterio 8.2.8 Mediciones del rendimiento organizacional	Medición de la responsabilidad social	Establecer actividades que permita medir nivel de responsabilidad social.	Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).	Desarrollar una herramienta que permita medir el nivel de responsabilidad	ene-25	dic-25	Humanos	Medición de la responsabilidad social.	Administración	
7	Subcriterio 8.2	no se mide	Realizar medición de la política de residuos y de reciclado.	Saber los resultados de la implementación de políticas de residuos y reciclado.	Realizar medición de la implementación de la política de residuos y de reciclados, a través de encuestas.	ene-25	dic-25	Humanos	porcentaje de implementación de la Política de Residuos	Dirección/Departamento administrativo y financiero	



SEGUIMIENTO AVANCES DEL PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL

Responsable Plan:		KIANILDA GUZMAN			Fecha:	15/12/2024		
Revisa:		DULCE M. DIFO			Fecha:	23/6/2025		
Aprueba:		DULCE M. DIFO			Fecha:	23/6/2025		
TAREAS	RESPONSABLE	ESTADO DE REALIZACIÓN (Fecha)					RESULTADO FINAL (s/ objetivo previsto)	COMENTARIOS
		0%	25%	50%	75%	100%		
realizar reuniones con el comité ético.	Administracion	0					0	se han hechos cambios de personal en diferentes departamentos y no se ha podido conformar el comité de ética.
convocatoria para reuniones grupos de interes. Realizacion de las reuniones. Minutas con analisis de los socializado.	Planificacion y Desarrollo	0					0	con el cambio de Director no se han podido identificar los grupod de interes.
elaborar campañas medioambiental. Aplicar gestion de reciclaje.	Administracion y Comunicaciones.					80	80	se han tomado medidas de reciclaje en el centro, no de han hecho campañas medioambientales.
tlevantar y analizar los servicios que brinda el hospital. Determinar los tiempos que conlleva cada uno de los servicios (consulta, citas y servicios.) y determinar posibles mejoras. Fijar el tiempo para cada servicio.	Direccion.					95	95	se han plasmado en la cartera de servicios los tiempos y horarios de los diferentes servicios que ofrese el hospital y publicado en la paguina web. Estamos en espera del sns que enciara la cartera de servicios en fisico para ponerla a la viata de los usuarios.
reunirse con el personal para poder conformar el comité de riesgos y desastres.	Enc. De Emergencia					100	100	
desarrollar una herramienta que permita medir el nivel de responsabilidad.	Administracion	0					0	no se ha podido medir la responsabilidad social.
realizar mediciones de la implementacion de las politicas de reciduos y reciclado atraves de encuestas.	Direccion/Adm/Fi nc					90	90	se realizan mediciones y procesos de reciduos y reciclados.

AREA DE MEJORA 1.

No se ha podido llevar a cavo la conformación del comité de ética, ya que ha habido cambios de personal en algunos departamentos y la misma depende de una serie de requisitos a agotar.

AREA DE MEJORA 2.

No se ha podido identificar los grupos de interés ya que le hospital ha tenido cambios en algunos departamentos incluyendo la dirección.

AREA DE MEJORA 3.

Se han tomado medidas medioambientales y reciclaje, posicionando zafacones en algunas áreas específicas y con los colores para identificarlos.



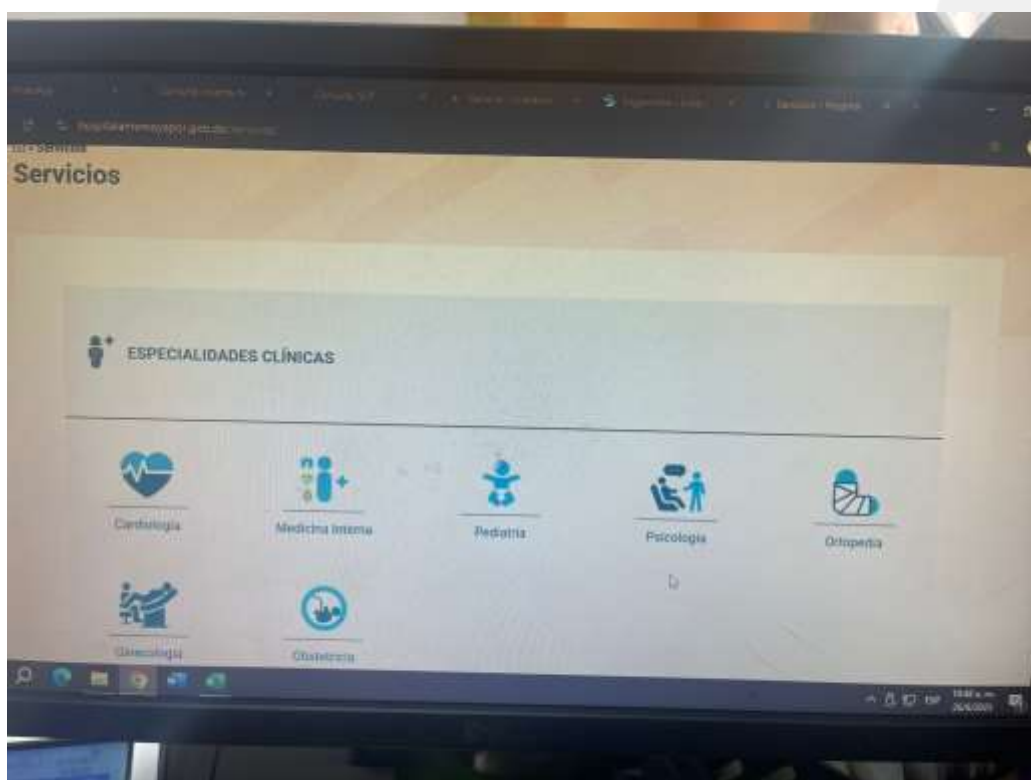
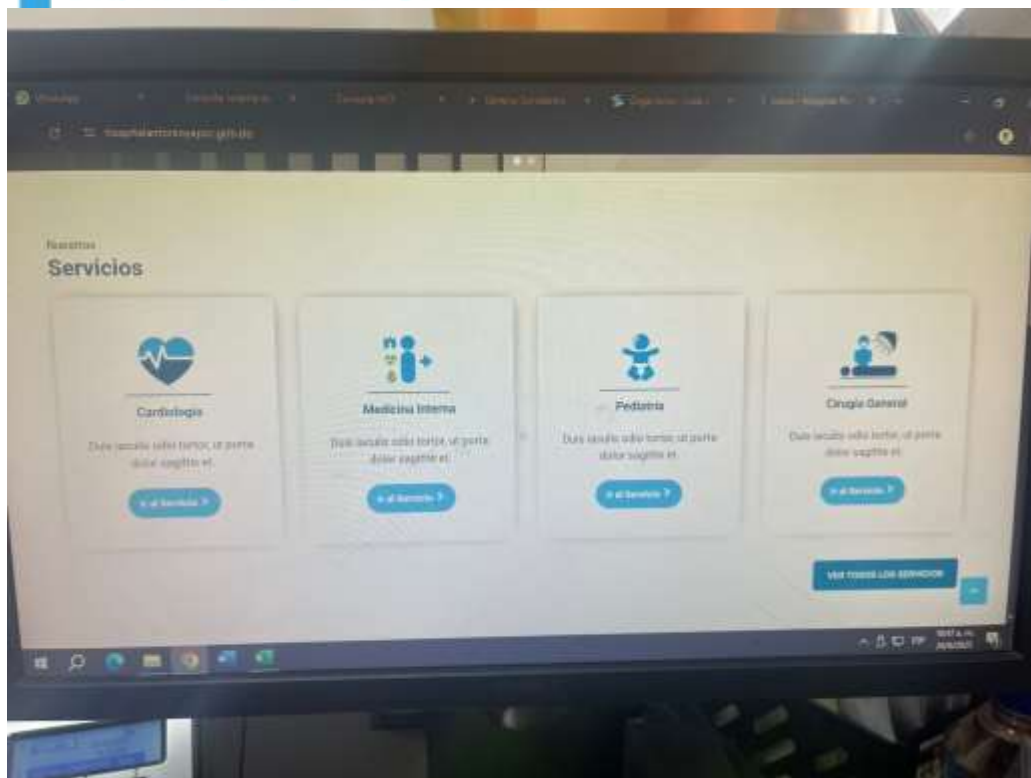
AREA DE MEJORA 4.

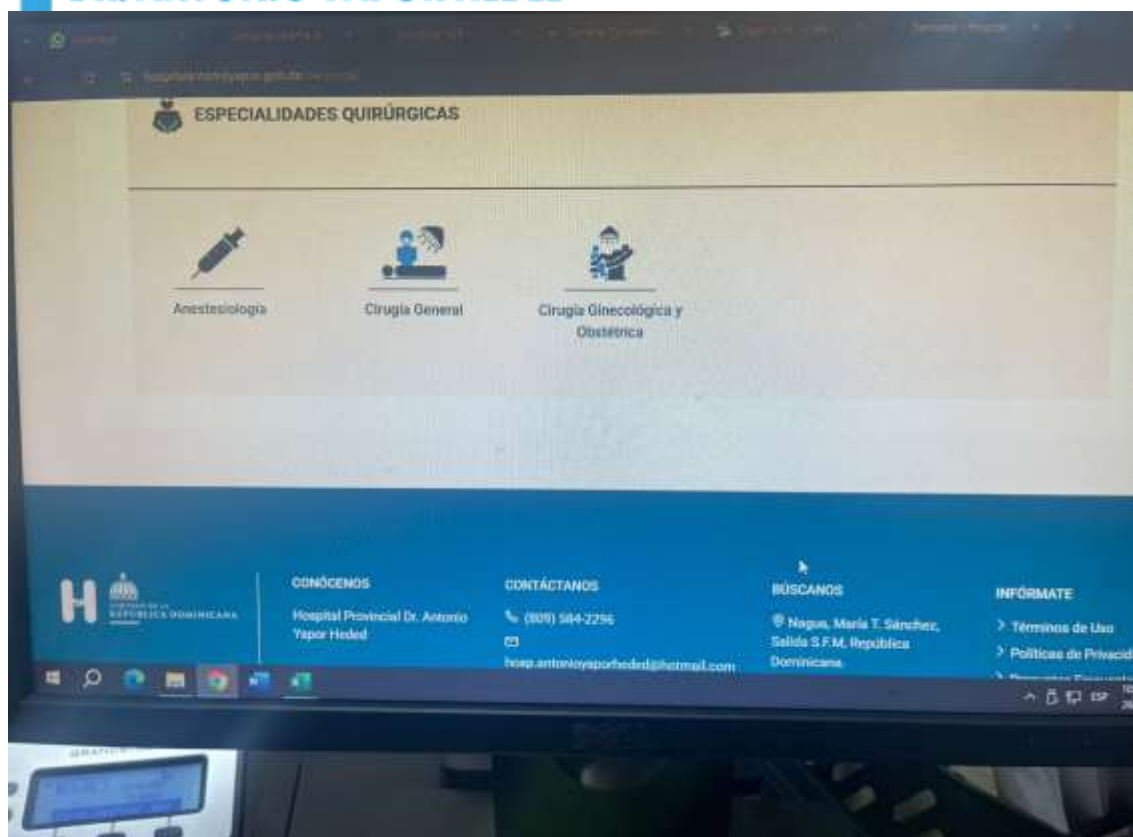


CARTERA DE SERVICIOS ALTA ESPECIALIDAD												
Servicio Regional de Salud:		III		Observaciones:								
Gerencia de Área:		MARIA TRINIDAD SANCHEZ										
Nivel de Atención: Alta Especialidad		TERCEL NIVEL										
Nombre del Establecimiento:		HOSPITAL PROVINCIAL DR. ANTONIO YAPOR HEDED										
Dirección:		CARRETERA NAGUA SAN FRANCISCO KM 1, NAGUA										
Correo Electrónico:		hosp.antonioyaporheded@hotmail.com										
Teléfono:		809-584-2296										
Fax:		n/a										
Director/a:		DRA. DULCE MARIA DE JESUS DIFO										
Teléfono del/a director(a):		(809) 543-0765										
Correo Electrónico del/a director(a):		antonioyaporheded@hotmail.com										
Subdirector(a) Médico:		ALBERT KAVIS URANZO										
Teléfono del/a subdirector(a):		829-814-2090										
Correo Electrónico del/a subdirector(a):		antonioyaporheded@hotmail.com										
Fecha de última actualización:		14/4/2025										

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES CLÍNICAS	NÚMERO DE PERSONAL EXISTENTE	CONSULTORIOS EXISTENTES	PERSONAL QUE OFECE EL SERVICIO	CÉDULA DE IDENTIDAD	DÍAS Y HORAS DE TRABAJO										TELÉFONO	SERVICIOS ADICIONALES
					LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES			
					Mañana	Tarde	Mañana	Tarde	Mañana	Tarde	Mañana	Tarde	Mañana	Tarde		
ALERGOLOGÍA	1	1	Mariel Acosta	000-0018075-0	8:00 am-12:00 pm				8:00 am-12:00 pm		8:00 am - 12:00 m	2:00 pm - 6:00 pm			809-706-9488	
CARDIOLOGÍA	2	1	Omar Brito	071-0024898-3	8:00 am-12:00 pm	2:00 pm - 6:00 pm									809-389-8838	
			Crisevily Henriquez	071-0048117-3			8:00 am-12:00 pm	2:00 pm - 6:00 pm							889-418-0018	
DERMATOLOGÍA	2	1	Yolana Polanco	071-0009957-7									8:00 am - 12:00 pm	2:00 pm - 6:00 pm	809-787-0897	
			Yomina Raposo	001-0118373-8				2:00 pm - 6:00 pm			2:00 pm - 6:00 pm				809-283-8075	
ENDOCRINOLOGÍA	1	1	Doris Reyes	088-0189837-8											809-884-8890	
GEBIATRIA	1	1	Yanina I. Gelabert	071-0048949-0			8:00 am-12:00 pm				2:00 pm - 6:00 pm	8:00 am - 12:00 m	8:00 pm - 6:00 pm			
GINECOLOGÍA	2	1	Emanuel O. Perez	071-0037872-7							2:00 pm - 6:00 pm	8:00 am - 12:00 m			809-214-1088	
			Martin Fernandez	071-0040179-8									8:00 am - 12:00 m	2:00 pm - 6:00 pm	829-714-7045	
HEMATOLOGÍA	1	1	Clara E. Balacer	084-0143120-8		2:00 pm - 6:00 pm						2:00 pm - 6:00 pm			809-401-3126	
MEDICINA INTERNA	3	1	Mayra Pratt	001-0842835-9			8:00 am-12:00 pm	2:00 pm - 6:00 pm							809-817-2990	
			Carmen Ramon	001-0152731-6	8:00 am-12:00 pm	2:00 pm - 6:00 pm									809-864-7890	
			Meliana Polanco G.	468-2218375-7							8:00 am-12:00 pm	2:00 pm - 6:00 pm			829-725-4596	
NEFROLOGÍA	1	1	Julio Blanco	071-0040330-7						8:00 am-12:00 pm			8:00 am-12:00 pm		849-201-8811	
NEUMOLOGÍA	2	1	Susana Smith	071-0004898-2							2:00 pm - 6:00 pm	2:00 pm - 6:00 pm			809-924-3661	
			Cristina Nubez	087-0017747-3			2:00 pm - 6:00 pm						8:00 am - 12:00 pm		829-649-0467	

[illegible]







Guía para la conformación y puesta en funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Emergencia y Desastres

PRIMER PASO:

- La Dirección del Hospital debe convocar una primera reunión con todos los subdirectores y Jefes de áreas para explicar la necesidad y justificaciones para la conformación del Comité Hospitalario de Emergencia. Se apoyará en la disposición No. 0001 de fecha 21 de Septiembre del año 2017 del SNS
- Designará los integrantes del Comité y sus respectivos suplentes.
- Por consenso, se elegirá un(a) secretario(a), quien se encargará de las convocatorias, levantamientos de actas, manejo de las documentaciones y directorios, enlace entre el presidente y los demás miembros.
- Se elabora un directorio conteniendo la mayor información posible de los miembros del comité.
- Designar un responsable de dar seguimiento al plan, mantenerlo actualizado y coordinar las pruebas del mismo

SEGUNDO PASO:

- Leer las funciones del comité, para que todos los miembros conozcan sus responsabilidades.
- Levantar un acta constitutiva de la reunión debidamente firmada por todos los presentes.
- Elaborar un documento completo siguiendo los pasos de esta guía y entregar uno a cada miembro del comité para mayor ilustración y conocimiento.
- La directora Considerará solicitar documentos guías para la evaluación de vulnerabilidad y formulación del plan hospitalario de emergencia a la División de Urgencias y Emergencias del SNS, para distribuirlos entre los integrantes del Comité recién formado.
- Coordinar capacitación de los miembros del Comité para la formulación del plan de emergencia hospitalario.



ACTA CONSTITUTIVA

COMITÉ HOSPITALARIO PARA EMERGENCIAS Y DESASTRES

HOSPITAL provincial Dr. Antonio Yapor Heded

Provincia, Ciudad y Municipio Nagua, María Trinidad Sánchez

Siendo las 10:00 A.M. de hoy día 17 del mes Marzo del año 2025, en esta ciudad y provincia de María Trinidad Sánchez, la Directora general de este centro, la Dra. Dulce María De Jesús Difo convocó a los abajo firmantes y procedió a la lectura de la Disposición No. 0001 emitida en fecha 21 de Septiembre del año 2017 del SNS, y en virtud de la cual dictó la siguiente disposición:

VISTO: La Disposición No. 0001 emitida por Director ejecutivo del Servicio Nacional de Salud, en fecha 21 de Septiembre del año 2017;

En virtud de las funciones inherentes a mi cargo, dicto la siguiente disposición:

PRIMERO: Que a partir de esta fecha queda formalmente constituido el **COMITÉ HOSPITALARIO DE EMERGENCIA Y DESASTRES**, cuyas funciones básicas son las siguientes:

- a. Formular, dirigir, asesorar y coordinar las actividades hospitalarias referidas al manejo de las situaciones de Emergencias y Desastres en sus tres fases (antes, durante y después), propiciando la participación de todos sus trabajadores.
- b. Elaborar el Plan Hospitalario de Reducción de Riesgos de la institución, debiendo ponerlo en conocimiento del MSP y SNS para su ejecución a través de la División de Urgencias y Emergencias.
- c. Elaborar, implementar, probar y ejecutar el Plan Hospitalario de Respuesta, como parte de los preparativos, comprendiendo el diseño, formulación de actividades y responsabilidades específicas a nivel de cada unidad y servicio hospitalario. Dicho Plan será puesto en conocimiento del MSP y SNS a través de la División de Urgencias y Emergencias para su aprobación.
- d. Desarrollar permanentemente programas de capacitación y entrenamiento multidisciplinario en el campo de los preparativos para la respuesta a

situaciones de Emergencias y Desastres, dirigidos al personal de la institución y de la población en general en su jurisdicción.

- e. Coordinar permanentemente con los organismos sectoriales y extrasectoriales de su jurisdicción a fin de establecer los mecanismos más adecuados para la respuesta y rehabilitación.

SEGUNDO: Que los integrantes del Comité serán las siguientes personas:

Nombre <u>Dra. Dulce María De Jesús Difo</u>	Cargo <u>Directora del centro</u>
Nombre <u>Dr. Albert Duteil</u>	Cargo <u>Encargado de emergencia</u>
Nombre <u>Dr. Fausto Almonte</u>	Cargo <u>Emergenciólogo</u>
Nombre <u>Susana Duarte</u>	Cargo <u>Administradora</u>
Nombre <u>Dr. José A. Then</u>	Cargo <u>Departamento de Cirugía</u>
Nombre <u>Capitán Félix Ant. Paula</u>	Cargo <u>Departamento de seguridad</u>
Nombre <u>Lic. Rosa María Colon</u>	Cargo <u>Departamento de enfermería</u>
Nombre <u>Dra. Danelis Campos</u>	Cargo <u>Departamento de epidemiología</u>
Nombre <u>Joel Jiminian</u>	Cargo <u>Departamento de mantenimiento</u>
Nombre <u>Dioscorides Batista</u>	Cargo <u>Departamento de Data</u>
Nombre <u>Dilania Sánchez</u>	Cargo <u>Departamento de farmacia</u>
Nombre <u>Licda. Eladia Mosquea</u>	Cargo <u>Departamento de Laboratorio</u>
Nombre <u>Lic. Jahaira Valdez</u>	Cargo <u>Depto. de recursos humanos</u>

Párrafo: En caso de que uno o más miembros del Comité dejen el cargo o su función administrativa, ocupará su puesto la persona entrante que pase a ocupar su posición.

TERCERO: Cada miembro del comité tendrá un suplente, quien asumirá temporalmente sus responsabilidades en caso de ausencias, siendo estas las siguientes personas:

Nombre <u>Dra. Dulce María De Jesús Difo</u>	Cargo <u>Dirección</u>
Nombre <u>Dr. Fausto Almonte</u>	Cargo <u>Departamento de emergencias</u>
Nombre <u>Dr. Albert Duteil</u>	Cargo <u>Emergenciología</u>
Nombre <u>Lic. Polonia Rodríguez</u>	Cargo <u>Depto. Administración</u>
Nombre <u>Dr. Guarocuya Almanzar</u>	Cargo <u>Departamento de Cirugía</u>
Nombre <u>Benito Valdez</u>	Cargo <u>Departamento de seguridad</u>
Nombre <u>Altagracia Bonilla</u>	Cargo <u>Departamento de enfermería</u>
Nombre <u>Viresa García</u>	Cargo <u>Departamento de epidemiología</u>
Nombre <u>Discarlos Polanco</u>	Cargo <u>Depto. de mantenimiento</u>
Nombre <u>Eduardo Faña</u>	Cargo <u>Departamento de Data</u>
Nombre <u>Claudio Disla</u>	Cargo <u>Departamento de farmacia</u>
Nombre <u>Licda. Yiniris Vilchez</u>	Cargo <u>Departamento de laboratorio</u>
Nombre <u>Alexandra Bautista</u>	Cargo <u>Depto. de recursos humanos</u>

CUARTO: Los lineamientos y funciones generales del Comité, son los que se detallan en el documento que acompaña esta acta constitutiva.

Visto y Avalado por:

FUNCIONES GENERALES DEL COMITÉ

Además de las funciones básicas que señala la Disposición emitida por el Director Ejecutivo del SNS, el comité tendrá los deberes y tareas siguientes:

ANTES:

- ✓ Análisis de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional, al igual que las medidas de intervención sobre los factores determinantes.
- ✓ Inventarios de recursos humanos y físicos.
- ✓ Determinar el período de autonomía del hospital ante un desastre (duración estimada de las reservas de medicamentos, suministros, alimentos, agua, combustible, electricidad).
- ✓ Determinar la capacidad operativa, o sea el número máximo de pacientes que se puede atender simultáneamente, basándose en la capacidad de atención del servicio de urgencias, del servicio de cirugía y de cuidados intensivos, en condiciones normales y con el reforzamiento del mismo.
- ✓ Identificación de las áreas funcionales y de expansión, que permita aumentar la capacidad de hospitalización.
- ✓ Establecimiento del flujo de tránsito de pacientes dentro del centro asistencial.
- ✓ Señalización interna (que indique la localización de escaleras, puertas de salida, extintores, servicios, etc.).
- ✓ Establecimiento de un organigrama de emergencia.
- ✓ Adopción de las tarjetas de Triage o instrumento de identificación de pacientes.
- ✓ Formulación de un plan operativo de emergencia hospitalario, de acuerdo con su nivel de complejidad, a su capacidad y a la demanda que se pueda generar a raíz de una emergencia o un desastre.
- ✓ Coordinación del Plan Hospitalario de Emergencia y Desastres (PHED), con los otros planes existentes en el nivel municipal como agencias de rescate, bomberos, fuerzas militares, otros hospitales, etc.
- ✓ Desarrollar programas de capacitación dirigido a todo el personal del centro como herramienta adecuada para la conformación de recursos humanos capaces de lograr los objetivos del PHED.
- ✓ Poner a prueba los planes existentes, mediante simulaciones y simulacros que permitan actualizarlos periódicamente, por lo menos dos veces al año.

DURANTE:

- Verificar los recursos por los que son responsables.
- Evaluar daños.
- Determinar el nivel de respuesta del hospital ante la emergencia o desastre.
- Asignar los recursos necesarios.
- Elaborar el censo de personal y equipos existente y disponible
- Número de camas disponibles en el momento.
- Evaluación de suministros médicos.
- Cancelación de casos quirúrgicos electivos, altas.
- Información a hospitales de referencia y hospitales de apoyo sobre la ocurrencia y características de la emergencia.
- Determinar la necesidad y la conveniencia de enviar equipos médicos al lugar del desastre.
- Elaborar los turnos del personal del hospital, teniendo en cuenta la eficiencia, el descanso necesario y la duración prevista de la emergencia.
- Elaborar boletines de prensa con información acerca de pacientes hospitalizados, remitidos y ambulatorios, así como determinar los recursos físicos y humanos a solicitar, siendo la única fuente autorizada para ello.

DESPUES:

- Revisar los lineamientos indicados en el punto anterior, evaluar el desempeño, practicar los correctivos necesarios, informar de lo anterior al personal del hospital.
- En cuanto a la labor asistencial, se continuará con:
 - Rehabilitación física
 - Rehabilitación mental
 - Rehabilitación social
 - Rehabilitación ocupacional
- Programas básicos de atención primaria, incluyendo materno-infantil, salud mental, consulta externa, urgencias, así como saneamiento ambiental.

El Comité Hospitalario de Emergencia y Desastres podrá considerar responsabilidades adicionales a las mencionadas anteriormente así como readaptarlas según el tipo de Hospital, características del municipio o provincia, y de manera consensuada entre sus miembros.

Fecha: 17/03/25

Área o Departamento:	Sesiones de los comités hospitalarios. 1.2.3.1.01)				
Hora de Inicio:	10:00 am	Hora de Término:	10:30 am	Lugar:	Hospital provincial Dr. Antonio Yapor Heded

TEMAS DE AGENDA

Actualización Del Comité Hospitalario De Emergencia Y Desastres

Revisión de Acta Anterior: SI ☐ No ☐ N/A ☐

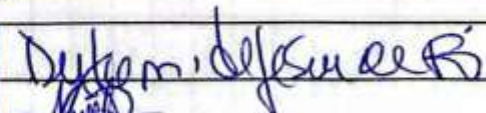
DETALLES DE LA REUNIÓN

Siendo las 10:00 AM del día 17 de marzo del año 2025, la directora de este centro la Dra. Dulce M. de Jesús Difo dio inicio a una reunión con los miembros del comité de emergencia y desastre, fueron convocados los encargados de cada área, se procedió a explicar a los nuevos miembros el significado de dicho comité y el rol de cada integrante de este comité.

También se dijo que sostendremos una próxima reunión a principio de abril con motivo a la semana santa.

Acuerdo / Compromiso		Responsable	Plazo de Ejecución	Logrado	
				SI	NO
1.	Próxima reunión	Dr. Duteil	15 DIAS	☐	☐
2.	Reunirse mensual	Dra. Difo	x	☐	☐

Convocados o Representantes	Asistió	No Asistió	Firma
J= Justificada, NJ= No justificada			

Coordinador de la Reunión:	
Relator:	

Firma y Sello

Página 1 de 1



Nombre de la Actividad: Sesiones de los comités hospitalarios. 1.E.3.1.01

Área Responsable: DEPARTAMENTO DE SUB-DIRECCION

Fecha: 17/3/2025

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 10:00a. m.

Lugar/Plataforma: HOSPITAL PROVINCIAL DR. ANTONIO YAPOR HEDED.

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Dulcem. de Kendebo	F	106-00109602	Directo	Hosp. Ant. y H.	[Firma]	809-58-0965
Albert D. D. D.	M	402-2682042-3	Enc. Enq.	Hosp. Dr. Antonio Yapor	[Firma]	809-819-6477
Jakara Wildi D. D.	F	07405705-1	Enq. H. H.	[Firma]	[Firma]	844-205-4914
Norza G. A. A. C. C.	F	0710032985	ab. D. G. D.	Hosp. Ant. Yapor (H. H.)	[Firma]	829 529 7225
Dalania Sanchez P.	F	071-0006396-0	Enc. Fis.	Hosp. Antonio Yapor. H. H.	[Firma]	829 232-1122
Cladis P. P. P.	F	001-09373304	Enc. Fis.	Hosp. Antonio Yapor H. H.	[Firma]	809-153-4241
Josel G. G. G.	M	071-0044715-5	Enc. M.	Hosp. Dr. Antonio Yapor	[Firma]	809-265-5886
Yennifer D. D. D.	F	071-005970-3	Enc. M.	Hosp. Dr. Antonio Yapor H. H.	[Firma]	829-363-7225
Fausto A. A. A.	M	071-0057456	Enc. M.	H. H. H. H.	[Firma]	809-866-8252

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



Página

AREA DE MEJORA 6.

No se han medido la responsabilidad social.

AREA DE MEJORA 7.

Se han realizado plan de mejora donde se compromete la implementación de políticas y acciones para el reciclaje y los residuos en el hospital.

Datos Generales

Proyecto Iniciativa	LABORACION DEL PLAN DE MEJORA, DE BIOSEGURIDAD, CONTROL DE INFECCIONES E HIGIENE Y DESECHO HOSPITALARIOS HOSPITAL DR. ANTONIO YAPOR HEDED. 1.3.4.2.03	Servicio Regional de Salud:	CIRAO NORDESTE
------------------------	--	-----------------------------	----------------

No.	Área / Programa / Servicio / Proceso	Oportunidad de Mejora	Actividad	Responsable de Ejecución	Fecha de Evaluación	Indicador	Reporte del Seguimiento o la Ejecución del Plan			
							Fecha de Seguimiento	Medio de Verificación	Avances	Responsable del Seguimiento
1	Comité de Control de IAAS	No se ha realizado mesas de vigilancia rutinarias en las áreas designadas del establecimiento.	Implementar mesas rutinarias para la vigilancia rutinarias en el área de hospitalización	Dra. Siffo	Continuo	# de IAAS Vs Ronda mesas realizadas	Mayo 2025	Forma con fichas de vigilancia epidemiológica	0%	Dra. Rosalinda De-castelli
2		No disponemos de suficiente capacidad en la vigilancia de las infecciones Asociadas a la atención de salud (IAAS).	Identificar el perfil de una enfermera para capacitar en la vigilancia IAAS.	Linda Celis / Linda Borda	Julio 2025	Personal de enfermería capacitado	junio 2025	Formas/ asistencia al entrenamiento	0%	Dra. Rosalinda De-castelli
3	Laboratorio de microbiología	No contamos con laboratorio de microbiología para el control de las IAAS.	Realizar alianzas con laboratorios externos, que garanticen la calidad de las pruebas para control de IAAS.	Administración / Dirección	Julio 2025	# de análisis microbiológicos finalizados por la gestión hospitalaria	Mayo 2025	Automatización de rutina o validación externa por la gestión hospitalaria	0%	Linda Celis
			Habilitación futura de un laboratorio de microbiología en nuestro establecimiento, por la complejidad de la institución.	IAA	Diciembre 2025	laboratorio de microbiología habilitado en el centro	Octubre 2025	Laboratorio microbiológico habilitado	0%	Dra. Guine Diba
4	Lavado de las manos	No se puede acceder fácilmente los insumos necesarios para la adherencia al lavado de las manos.	Asignar un personal responsable del monitoreo, sustentación y control de los insumos para la higiene de manos	Equipo de Hígie	Mayo 2025	# de lavos hechos con insumos para la higiene	April 2025	Insumos en todos los puntos de higiene de manos	70%	Asistencia a calidad
		No siempre hay disponibilidad de alcohol gel y otros suministros en las áreas de atención de usuarios.	Asignar un personal responsable del monitoreo, sustentación y control de los insumos para la higiene de manos	Equipo de Hígie	Mayo 2025	# de lavos hechos con insumos para la higiene	April 2025	Insumos en todos los puntos de higiene de manos	70%	Asistencia a calidad
5	Equipo de protección personal	No tenemos los suministros necesarios recomendados, para la protección personal en las unidades de generación asintomática.	Disponer en todo momento de los suministros para la adherencia a las recomendaciones sobre el equipo de protección personal según el tipo de transmisión.	Administración / Dirección	Mayo 2025	# Abastecimiento de EPP de EPP	April 2025	Disponibilidad de EPP en todo momento	50%	Equipo de enfermería
			Realizar un buen uso de los equipos de protección personal.	Equipo de enfermería / Administración	Junio 2025	# personal con el uso EPP en según tipo de transmisión	Mayo 2025	Observación directa del personal con EPP según actividad y riesgo	50%	
6	Ruta sanitaria	No contamos con una ruta sanitaria de bioseguridad.	Elaborar, validar y validar la ruta sanitaria de acuerdo a los lineamientos de bioseguridad del Ministerio de Salud.	Dirección / Administración	Mayo 2025	Ruta sanitaria identificada	April 2025	Elaboración de la Ruta sanitaria	2%	Epidemiología
7	Señalización de equipo limpio y desinfectado	No contamos con algún tipo de señalización e etiquetado de los equipos que han sido limpiados y desinfectados, solo para ser usados.	Garantizar la identificación rápida de equipos que están listos para ser usados por el usuario han sido limpiados y desinfectados, y que están listos para ser usados.	Equipo de enfermería	continuo	# Equipos limpiados y rotulados como limpios y desinfectados	Mayo 2025	Observación directa de los equipos rotulados como limpios y desinfectados	0%	Linda Borda / Linda Borda

Higiene y Gestión de los desechos hospitalarios	El empujante no cuenta con certificación de aptitud del primer agente, Antecedentes por el tema	Capacitación certificada del encargado de los procesos de higiene y gestión de los desechos	100%	Agosto 2025	# de personas capacitadas y certificadas	Julio 2025	Certificado de la capacitación	100%	Mejor
Salud de los empleados	No se mantiene registro completo de programa de vacunación de los empleados	Realizar un inventario de todo el personal de limpieza y de manejo de desechos, para el registro completo de vacunación de los profesionales	Mejor	Mayo 2025	# de personal de limpieza y manejo de desechos con vacunación completa	Abril 2025	Tarjeta de vacuna / foto con fecha de aplicación de vacuna de vacuna	100%	Superintendencia de Salud - Biología
Clasificación de los desechos	Los desechos generados no se encuentran etiquetados y diferenciados	Identificar los desechos con correcta rotulación de frascos plásticos, según el tipo de riesgo y depósito final según su clasificación	Mejor	Junio 2025	Deposito final rotulado según el tipo de riesgo - # de días con Depósito de desechos peligrosos en el depósito de los peligrosos	Mayo 2025	Deposito final rotulado según el tipo de desechos, fotos de desechos depositados según su riesgo	100%	Superintendencia de Salud - Biología
Clasificación de riesgo	Los áreas no están clasificadas según el riesgo	Identificación de las áreas según el tipo de riesgo: médico, quirúrgico y quirúrgico	Dirección / Administración	Mayo 2025	# de áreas de alto riesgo rotuladas - # de áreas de riesgo medio rotuladas - # de áreas de riesgo bajo rotuladas	Abril 2025	Rotulación de áreas clasificadas	100%	Superintendencia de Salud - Biología
Recuperación y Eliminación de los desechos	No está publicada la normativa establecida para la recuperación y eliminación de los desechos	Publicación y registro de los días de recuperación para la eliminación externa de los desechos	Dirección	Mayo 2025	Porcentaje de recuperación y eliminación de los desechos hospitalarios	Mayo 2025	Registros, fotos de y horarios de recuperación externa y gestión de los desechos hospitalarios	100%	Mejor

Elaborado por:



Aprobado por:

Dirección de Epidemiología



Formulario Acta de Reunión

DCG-FO-002 Versión: 01
Fecha de Aprobación: 20/09/2023

Fecha: 24/04/2025

Área o Departamento:	REUNION DEL COMITÉ DE CONTROL DE INFECCIONES(IAAS)		
Hora de Inicio:	09:00 AM	Hora de Término:	09:45 AM
Lugar:	Dirección del HOSPITAL DR. ANTONIO YAPOR HEDED.		

TEMAS DE AGENDA

- Seguimiento al plan de mejora.
- Socialización indicadores de IAAS.

Revisión de Acta Anterior: SI ☒ No ☐ N/A ☐

DETALLES DE LA REUNIÓN

Se inicia reunión a las 09:00 AM, se procede a la lectura del acta de la reunión anterior, para luego proceder a la verificación del plan de mejora elaborado del día 2 del mes en curso, cuyo plan se programaron dos actividades cuya fecha de finalización y ejecución es continua como son: la ejecución de las rondas médicas para la vigilancia diaria en las áreas de hospitalización, aun continuamos en proceso, en vista que las rondas son realizadas por enfermería y médicos residentes, aun como equipo de IAAS, no realiza rondas.

En el componente de higiene de manos, realizamos seguimiento del programa de capacitación sobre lavado e higienes de manos, donde participaron Licenciadas y auxiliares de enfermería.

Casos de IAAS notificadas en el mes de Abril:

- Infección del sitio quirúrgico(ISQ) en el servicio de gineco-obstetricia: 4/46 post quirúrgico de cesárea y de histerectomía (8.7 por cada 100 procedimiento quirúrgico en los servicios de obstetricia y ginecología). Observando que en los expedientes no hay evidencia de aplicación de profilaxis pre operatoria.
- Se evaluaron 282 egresos de expedientes, donde el 82% de ellos utilizaron más de un antibiótico (231/282).
- 75% al grupo de precaución con la ceftriaxona, seguido con el grupo de acceso con gentamicina, amikacina, metronidazol, clindamicina.

Acuerdo / Compromiso	Responsable	Plazo de Ejecución	Logrado	
			SI	NO
Cumplimiento de rondas medicas del comité de IAAS	Dirección \sub dirección	Mayo	☐	☒
Reducir el uso de antibióticos del grupo de precaución	Encda. Farmacia\dirección	Junio	☐	☒
Cumplimiento del uso de profilaxis pre operatoria en pacientes de gineco-obstetricia.	Encdo de obstetricia	Mayo	☐	☒
Convocados o Representantes	Asistió	No Asistió	Firma	
	J	NJ		
1.Ver Lista de participación ANEXA, copia de herramientas aplicadas	SI ☒ No ☐	☐	Ver lista de participación y algunas herramientas aplicada en evaluación y monitoreo	

J= Justificada, NJ= No justificada

Coordinador de la Reunión:	Comité de Bioseguridad / sub dirección
Relator:	Dra. Danely Campos (Epidemióloga)





Lista de Participación para Actividades
DOC-FO-001 Versión: 00
Fecha de aprobación: 27/04/2022

Nombre de la Actividad: **REUNION ORDINARIA DEL COMITE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (IAAS)**

Área Responsable: **DPTO. EPIDEMIOLOGIA**

Fecha: **24/04/2022**

Modalidad de la Reunión: ☐ Virtual ☒ Presencial ☐

Hora: **9:00 a. m.**

Lugar/Plataforma: **SALON DE REUNIONES DEL HOSPITAL DR. ANTONIO YAPOR HEDED**

Participantes						
Nombre	Sexo (X/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Gladiol Rodríguez	F	001-08891301	Quirófano	Hosp Dr. Ant. Yapor H	[Firma]	809-7534241
Yanet Rodríguez	F	402-301820	Quirófano	H. A. Y. H	[Firma]	829-295-0428
Yanet Rodríguez	F	001-08891301	Quirófano	H. A. Y. H	[Firma]	829-794-0694
Yanet Rodríguez	F	001-08891301	Quirófano	H. A. Y. H	[Firma]	809-983-1558
Yanet Rodríguez	M	056-01109165	Quirófano	H. A. Y. H	[Firma]	809-914-7090
Yanet Rodríguez	F	071-00149703	Quirófano	H. A. Y. H	[Firma]	829-313-9224
Yanet Rodríguez	F	071-00132910	Quirófano	H. A. Y. H	[Firma]	829-5277025
Yanet Rodríguez	F	060-00155877	Quirófano	H. A. Y. H	[Firma]	809-5149321
Yanet Rodríguez	M	071-00375727	Quirófano	H. A. Y. H	[Firma]	809-224-1055
Yanet Rodríguez	F	071-0059703	Quirófano	H. A. Y. H	[Firma]	809-313-9224
Yanet Rodríguez	F	036-00101605	Quirófano	H. A. Y. H	[Firma]	809-543025

*Instrucciones de llenado: Coloque su cédula solo si el participante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

1 | Página



Fecha: **Abril 02-2025**

Datos Generales										
Dependencia: ELABORACION DEL PLAN DE MEJORA A PARTIR DE LOS RESULTADOS DE EVALUACION DE PROCESOS DE BIENESTAR HOSPITALARIO. HOSPITAL DR. ANTONIO YAPOR HEDED. 1.3.4.2.05						Servicio Regional de Salud: CIBAO NORDESTE				
No.	Área / Programa / Servicio / Proceso	Oportunidad de Mejora	Actividad	Responsable de Ejecución	Fecha de Finalización	Indicador	Reporte del Seguimiento a la Ejecución del Plan			
							Fecha de Seguimiento	Medio de Verificación	Avance	Responsable del Seguimiento
1.	HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS	El establecimiento no tiene abastecimiento con suministro de jabón, desinfectante, papel toalla para el lavado y secado de las manos.	Garantizar el suministro sostenible de los insumos para la higiene de manos en todos los frentes del establecimiento.	Enferm. Compa.	jun-25	Nº de Semanales con insumos completos para higiene de manos.	may-25	Matrícula de supervisión diaria	25%	Enferm. De calidad
2.	EVALUACIONES MEDICAS	El personal de salud del establecimiento no recibe anualmente evaluaciones medicas	Realizar con todos los encargados departamentales sobre su responsabilidad el cumplimiento de las evaluaciones medicas anual de su personal a cargo	Enferm. MRP	abr-25	% de empleados con evaluación anual	may-25	Examen final anual de practicantes por departamento	0%	Sup. dirección
3.	GESTION DE DESECHOS Y/O RESIDUOS	El establecimiento no cuenta con los insumos necesarios y adecuados para la clasificación de los desechos y residuos	Realizar la adquisición de los insumos adecuados para la clasificación de los desechos según la guía MSP. (Funda roja, suficiente y negra, bolsas verdes y adecuado tamaño según producción de desechos).	Administración	abr-25	Nº de subcontenidos rotulados y debidamente clasificados como sus fundas plásticas según el tipo de desechos	abr-25	observación directa de los rotulados y/o desechos	45%	Dirección
		El establecimiento no cuenta con recipientes de transporte de desechos y residuos correctamente señalizados según su clasificación.	Señalar y adquirir adecuado recipientes de transporte para los desechos peligrosos y los comunes	administración/ directos	may-25	Recipientes de transporte según tipo de riesgo de los desechos	jun-25	observación directa de los tipos de recipientes	25%	Enferm. Calidad
4.	LIMPIEZA Y DESINFECCION HOSPITALARIA	El personal de salud no cuenta con todos los insumos necesarios para la ejecución de los procedimientos de limpieza y desinfección	Revisar los insumos para la correcta limpieza y desinfección del establecimiento (carta de limpieza con tenso de doble balón, carta para limpiar con esponjas, mallas de limpieza con tipo de rollos).	administración/ dirección	Julio	9 de cartas de limpieza, 9 de rollos de mallas o con esponjas para limpiar	Julio 2025	observación directa de los tipos de recipientes	0%	Enferm. Calidad
5.										





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario Acta de Reunión

DCG-FO-002 Versión: 01
Fecha de Aprobación: 20/09/2023

Fecha: **24/04/2025**

Área o Departamento: **REUNION DEL COMITÉ DE BIOSEGURIDAD**

Hora de Inicio: **10:00 AM** Hora de Término: **11:00 AM** Lugar: **Dirección del HOSPITAL DR. ANTONIO YAPOR HEDED.**

TEMAS DE AGENDA

- Seguimiento del cumplimiento de los compromisos asumidos en la reunión anterior
- Seguimiento de las actividades del plan de mejora.

Revisión de Acta Anterior: **SI ☒ No ☐ N/A ☐**

DETALLES DE LA REUNIÓN

Se inicia reunión a las 10:00 AM, con el principal objetivo de cumplir con las reuniones ordinarias sostenibles, para poder identificar oportunidad de mejoras y respuestas oportunas para minimizar los riesgos, tanto en prestadores como en usuarios.

De los Acuerdos y compromisos de la reunión anterior, solo logramos:

1. Solicitamos a INAPA gota de monitoreo del cloro en el agua, logrado y además la directora compro un nuevo kit para poder medir Cloro, Bromo y PH.
2. Iniciamos con el suministro para la señalización de los procesos de Bioseguridad para la ruta sanitaria.
3. Identificación de las áreas según riesgo.

Los demás acuerdos no se han logrados: (Examen de microbiología del agua, Suministro de carro de limpieza, carro de recolección de desechos y cubos con exprimidores para zuapear, desechos peligrosos y no peligrosos, Abastecimiento de zafacones de mayor capacidad de almacenamiento, para estación de enfermería y emergencia, Asignar un personal responsable del abastecimiento, seguimiento y control de los insumos para la higiene de manos en los diferentes lava manos y los Uniformes para personal de cocina y limpieza, con adecuado uniforme para tales fines.

En el plan de mejora se establecieron 8 actividades para darle seguimiento en el mes de abril como son:

1. Asignación de un personal para dar seguimiento a los insumos de higiene de manos. pendiente
2. Garantizar en todo momento los insumos de EPP y su buen uso. En proceso
3. Colocación de la ruta sanitaria lograda.
4. Identificación de las áreas según riesgo, logrado
5. Publicación y registro de los días de eliminación externa de los desechos. Logrado.
6. Pendiente realizar levantamiento de los empleados con esquema de vacunación completa. En proceso



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario Acta de Reunión

DCG-FO-002 Versión: 01
Fecha de Aprobación: 20/09/2023

Acuerdo / Compromiso	Responsable	Plazo de Ejecución	Logrado	
			SI	NO
Asignar un personal responsable del abastecimiento, seguimiento y control de los insumos para la higiene de manos en los diferentes lava manos	Dirección \RRHH	Mayo	☐	☒
Identificación rápida de la limpieza y desinfección de los equipos	Encda. Enfermería	Mayo	☐	☒
Realizar levantamiento de los prestadores por departamento, sobre la inmunización completa.	RRHH	Mayo	☐	☒
Convocados o Representantes	Asistió	No Asistió		Firma
		J	NJ	
1.Ver Lista de participación, foto de evidencia de la supervisión	SI ☒ No ☐	☐	☐	Anexo: Ver lista de participación

J= justificada, NJ= No justificada

Coordinador de la Reunión:	Comité de Bioseguridad
Relator:	Dra. Danely Campos (Epidemióloga)

[Firma manuscrita]
Firma y sello del evaluador



