

**SNS**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

FECHA: 20/05/2024**DATOS GENERALES****Lugar:** DCSNS SRS Hospital CPN ***Nombre del lugar:** Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares**Área:** Calidad en la Gestión**Nombre de la Actividad:** Seguimiento al Plan de Mejora CAF 2024**Código POA (si aplica):** 4.1.1.17.05**INTRODUCCIÓN**

El objetivo principal del plan de mejora CAF es servir de catalizador en el proceso de mejora continua en el instituto, basados en los principios de la excelencia y la gestión de la calidad total en su aplicación progresiva del ciclo planificar, desarrollar, controlar y ejecutar.

En base a los resultados del Autodiagnóstico realizado ha permitido evidenciar resultados concretos logrados por el esfuerzo conjunto del Comité de Calidad de la Gestión y todas las unidades funcionales del Incart en cada uno de los criterios que componen el CAF.

OBJETIVO DEL INFORME

Dar a conocer los avances en las acciones programadas en el plan de mejora CAF 2024

METODOLOGIA (Si aplica)

Monitoreo, recopilación de las evidencias correspondientes a la programación del plan de mejora CAF 2024.

DESARROLLO / HALLAZGOS

El Instituto Nacional del Cáncer Incart desarrolló en el 2024 Plan de Mejora CAF, se definieron las acciones de mejora y de esta forma cumplir con los objetivos propuestos.

Detallaremos el seguimiento de las actividades el plan de mejora del 2024:

Plan de Mejora #1

| Criterios No. | Subcriterio No. | Área de Mejora | Acción de Mejora | Objetivo | Tareas | Tiempo | | Recursos necesarios | | Indicador | Responsable de seguimiento |
|---------------|---|---|---|--|---|------------|------------|---------------------|--|--------------------------------|---|
| | | | | | | Inicio | Fin | | | | |
| 4 | 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes | No existe una alianza formal público-privada ni herramientas para evaluar el nivel de cumplimiento de los acuerdos. | Implementar el desarrollo de una matriz para dar seguimiento a la efectividad de las alianzas | Definir el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones con el propósito de monitorear los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente | Desarrollar una matriz donde indique el seguimiento de las alianzas y convenios realizados por el INCART en sus diferentes áreas. | 01/01/2024 | 28/03/2024 | NA | | Matriz de alianzas y convenios | Gerencia de Proyectos, Dirección de Investigación y Gestión del Conocimiento/Jurídica |

El Instituto Nacional del Cáncer ha desarrollado una matriz de alianzas y convenios con la finalidad de dar un seguimiento más efectivo, desde cuando se inician los convenios y alianzas hasta la fecha de finalización de la misma, los responsables del seguimiento y revisión de la matriz es el área de División de Formulación Monitorio y Evaluación de Planes, Programas y Proyectos. Existen convenios de colaboración académicos, universidades, otros centros de salud nacionales e internacionales, proveedores, sociedad civil y público-privado. El Incart ha desarrollado acuerdos con universidades nacionales para la realización de residencias médicas a cargo del Comité de Enseñanza y de pasantías para el personal administrativo. La institución tiene un programa de ejercicios para los empleados.

Evidencia: Asociación con el Gold's Gym para empleados y sus dependientes.

Se han sometido propuestas de investigación al Fondo Nacional de Innovación y Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDOCYT) y han sido realizadas en colaboración con el Instituto de Cancerología Nacional de México y la UASD.

Creación del Club de donantes.

Estatus: Completada 100%

Anexo #1 Matriz de Convenios y alianzas

| Incart: de Alianzas y Convenios del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Pérez de Tavares (INCART) | | | | |
|---|--|--------------|-------------|--|
| No | Alianzas/Convenios | Fecha Inicio | Fecha Final | Responsable del Seguimiento |
| 1 | Programa de medicamentos esenciales PROMESE/CAL-INCART | 18/05/2015 | 18/05/2016 | Maria Bautista/Lescania Melo |
| 2 | MIPYMES-INCART Fortalecimiento de programas para el Desarrollo Empresarial y de las habilidades de los emprendedores. | 28/10/2022 | 28/10/2024 | Dra. Ircania Castillo/ Tomas Baez |
| 4 | Gabinete Política Social de la Presidencia (GPS)-INCART para la contrataciones de personas, Bienes, Servicios y Obras. | 20/07/2023 | 20/07/2025 | Haydee Acevedo |
| 5 | SENASA-INCART para el plan de servicios de salud. | 25/11/2014 | 25/11/2015 | Grinilda Tavares/ Sandra Ciprian |
| 6 | INDOCAL-INCART para ofrecer servicios de certificación de sistema de gestión. | 30/03/2023 | 30/03/2025 | Laura Viñal Haydee Acevedo |
| 7 | VOLUNTARIADO-INCART INCART camina contigo. | 20/12/2021 | 20/12/2022 | Sr. Sofia Rojas Goico |
| 8 | CAIDEP-INCART centro de atención integral a las dependencias. | 12/04/2022 | 12/04/2023 | Maria Bautista/ Tomas Baez |
| 9 | SURA-INCART | 05/10/2016 | 20/10/2018 | Prisly Rivas/Dpto. RRHH |
| 10 | GOLDS GYM-INCART | 18/10/2022 | 18/10/2024 | Prisly Rivas/Dpto. RRHH |
| 11 | INESIMED-INCART acuerdo Imágenes Médicas. | 29/03/2023 | 29/03/2028 | Francelia Núñez/Apoyo la Gestión Médicas |
| 12 | Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña UNPHU-INCART | 15/02/2021 | 15/02/2026 | Jazmin Camacho |
| 13 | Fundación LOATA-INCART | 20/05/2015 | 20/05/2016 | Jazmin Camacho |
| 14 | Instituto Técnico Superior Comunitario ITSC-INCART | 11/06/2021 | 11/06/2026 | Jazmin Camacho |

Plan de Mejora #2

| Criterios No. | Subcriterio No. | Área de Mejora | Acción de Mejora | Objetivo | Tareas | Tiempo | | Recursos necesarios | Indicador | Responsable de seguimiento |
|---------------|---|--|---|--|--|------------|------------|---------------------|-------------------------------|----------------------------|
| | | | | | | Inicio | Fin | | | |
| 4 | 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes | No tenemos formalizadas nuevas alianzas con otras organizaciones | Identificar y desarrollar convenios con otras organizaciones público privadas | Formalizar las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y su desarrollo cuando sea apropiado. | Desarrollar alianzas con varias instituciones privadas buscando fortalecer los vínculos con este sector, algunas de estas son: 1. Convenio del INCART con gimnasios los cuales ofrecen Planas para los colaboradoras y sus familiares directos. 2. Convenio con aseguradoras para ofrecer seguros de vida colectivos a los familiares directos y los colaboradoras del INCART. | 01/01/2024 | 27/12/2024 | Recursos Humanos | Matriz de alianza y convenios | RRHH Consultoría Jurídica |

Las alianzas públicas y privadas se utilizan para el desarrollo de proyecto de inversión a través de una modalidad contractual por medio de agentes público privado con miras al desarrollo de infraestructura y provisión de servicio público. Como institución solo estamos para proveer servicio de salud. Atendiendo a la Ley de Alianza Público-Privada, núm. 47-20 en el Artículo 2 donde señala bajo la modalidad de alianza público-privada, el diseño, la construcción, la operación, la reparación, la expansión o el mantenimiento de un bien de interés.

Estatus: Proceso 50%

Anexo #2 Ley de Alianzas Públicas-Privadas num.47-20



LUIS ABINADER

PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DOMINICANA

Artículo 1. Objeto. El presente reglamento tiene por objeto regular la aplicación de la Ley de Alianzas Público-Privadas, núm. 47-20, del 20 de febrero de 2020.

Artículo 2. Ambito de aplicación. El presente reglamento es aplicable en todo el territorio nacional y regula a los órganos y entes de la Administración Pública bajo la dependencia del Poder Ejecutivo, a las instituciones descentralizadas y autónomas no financieras, a las instituciones de la seguridad social, a las empresas del sector público no financiero y a los ayuntamientos, que contraten con agentes privados, bajo la modalidad de alianzas público-privadas, el diseño, la construcción, la operación, la reparación, la expansión o el mantenimiento de un bien de interés social o la prestación de un servicio de igual naturaleza.

Párrafo I. Quedan fuera del alcance del presente reglamento los permisos, licencias, autorizaciones y las denominadas concesiones establecidas en leyes sectoriales, siempre que no se trate de un contrato de largo plazo para la provisión, gestión u operación de bienes o servicios de interés social, en el que exista inversión total o parcial por parte de agentes privados, aportes tangibles o intangibles por parte del sector público, distribución de riesgos explícita o implícita entre ambas partes y la remuneración del agente privado esté asociada al desempeño conforme a lo establecido en el contrato.

Párrafo II. Las alianzas público-privadas sin fines de lucro, establecidas y reguladas en el Capítulo VI de la Ley núm. 47-20, del 20 de febrero de 2020, de Alianzas Público-Privadas, se regirán por lo dispuesto en la Ley, las disposiciones de los capítulos I y II de este Reglamento, y por el Reglamento de Alianzas Público-Privadas Sin Fines de Lucro que se dictará a tal efecto.

Párrafo III. Los proyectos de infraestructura pública o servicios públicos cuya gestión sea retenida principalmente por el agente público, financiados con recursos públicos y donde el agente público recibe la infraestructura o el activo una vez se haya finalizado la construcción, manteniendo los principales riesgos asociados, se regirán por las disposiciones de los capítulos I y II de este Reglamento y el Reglamento de infraestructura pública y servicios públicos con recursos públicos que se dictará a tal efecto.

Artículo 3. Definiciones. En adición a las definiciones contenidas en la Ley de Alianzas Público-Privadas, Núm. 47-20, del 20 de febrero de 2020, y para los fines del presente reglamento, se establecen las siguientes definiciones:



Plan de Mejora #3

| No. | Criterios No. | Subcriterio No. | Área de Mejora | Acción de Mejora | Objetivo | Tareas | Tiempo | Recursos necesarios | Indicador | Responsable de seguimiento | |
|-----|---------------|--|---|---|--|---|------------|---------------------|-----------|-----------------------------------|---|
| | | | | | | | Inicio | Fin | | | |
| 3 | 4 | 4.3 Garantizar el análisis de riesgo de las decisiones | Carecemos de una Matriz de Riesgo en el Departamento Financiero | Identificar y Desarrollar la matriz de riesgos, que nos permita tener una herramienta razonable para la toma de decisiones. Desarrollar junto a la dirección de planificación una matriz para los estudios financieros de proyectos | Dar seguimiento a la matriz de riesgos y a las acciones de mejora propuestas con el propósito de alinearlas a los objetivos de la institución. | Crear la Matriz de Riesgo integrando los objetivos financieros y no financieros | 01/01/2024 | 23/05/2024 | NA | Matriz de Riesgos y Oportunidades | Gestión de Calidad Departamento Financiera Planificación y Desarrollo |

Para llevar a cabo la elaboración de la Matriz de Riesgo del Departamento Financiero la encargada del área facilitará al Departamento de Calidad el estado financiero del su departamento donde se encuentran registrado del porcentaje de cumplimiento del último trimestre, esto tiene la finalidad de realizar el FODA que servirá de plataforma para la matriz de Riesgo. El 24 de enero 2024 se sostuvo la primera reunión con el departamento financiero para dar inicio a esta actividad. Esta tarea de acuerdo al Plan de Mejora estaba pautada a elaborarse

en el mes de mayo aún no ha sido completada. Se realizó el primer borrador de la matriz, falta la última revisión por parte de la encargada del Departamento financiero.

Estatus: Proceso 75%.

Anexo#3

1er borrador de la Matriz de Riesgo del Departamento Financiero.

| A | B | C | D | E | F | G | H |
|--|--|---|---|---------|------------------|------------|---|
| Área | Departamento Financiero | | Fecha de Creación | | | 26/04/2024 | |
| Preparado : Sandra Ciprian | | | | | | | |
| Proceso | Riesgo Potencial | Causa que Genera el Riesgo | Probabilidad | Impacto | Nivel del Riesgo | | Método de Control |
| Debilidad en la información de registro de identificación de pago de cartera | Demora de las EPS para entregar la información en la aplicación del pago. | Desconocimiento del valor real del estado de cartera | 3 | 4 | 12 | Alto | 1. Seguimiento al estado de pagos y cartera. 2. Normatividad de control para registro e información de pagos |
| | | Dificultad en el cobro y registro de la información | 3 | 4 | 12 | Alto | |
| | | Retraso en la ejecución de recursos del gasto presupuestal. | 3 | 4 | 12 | Alto | |
| Inefectividad del recaudo | 1. Conciliaciones inoportunas | Ilíquidez institucional | 0 | 0 | 0 | Bajo | Seguimiento al estado de pagos de cartera y gestión de cobro por parte de la entidad |
| | | | 0 | 0 | 0 | Bajo | |
| | 2. Retrasos y pagos por debajo de lo establecido normativamente por parte de las EPS | Incumplimiento en las obligaciones adquiridas previamente. | 0 | 0 | 0 | Bajo | |
| | | | 3. Insuficiencia de personal en el área | 1 | 2 | 2 | |



SNS

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|------|---|
| Registro e inadecuada facturación mensual | 1. No existen procedimientos actualizados de acuerdo a las actividades del área. | Reproceso generando sobrecostos | | | 0 | Bajo | Auditoria administrativa y asistencial de cuentas |
| | 2. Personal no idóneo para las funciones requeridas | Disminución de los ingresos e | | | 0 | Bajo | |
| | 3. Capacitación insuficiente para las labores adquiridas | incumplimiento en las metas del proceso. | | | 0 | Bajo | |
| | 4. Herramientas deficientes para el registro de la información | Incremento en las glosas | | | 0 | Bajo | |
| | 5. Tecnología inapropiada para las actividades del área. | Reproceso generando sobrecostos | | | 0 | Bajo | |
| | 6. Demora en la entrega de soportes para registro del servicio | Afectación del cumplimiento presupuestal | | | 0 | Bajo | |
| | 7. Error en la validación de derechos del paciente | Reproceso generando sobrecostos | | | 0 | Bajo | |
| Ordenes de Pagos con soportes incompletos | 1. Incompleta entrega de soportes por parte del supervisor de la cuenta por pagar | Sanciones por realizar pagos sin el completo de los requisitos | | | 0 | Bajo | Lista de Chequeo según procedimiento de la cuenta por pagar |
| | 2. Inadecuada revisión de soportes por parte del área presupuestal y tesorería | | | | 0 | Bajo | |
| Extravió o perdida de Documentación | 1. No hay espacio para un archivo adecuado de la documentación en las oficinas de Cartera, contabilidad, Facturación y Tesorería. | Hechos económicos sin registro presupuestal y contable. | | | 0 | Bajo | Crear procedimiento de control en el área de presupuesto, contabilidad, tesorería |
| | 2. Perdida de la trazabilidad de la información. | | | | 0 | Bajo | |
| | 3. Ausencia de compromiso y personal idóneo para la custodia de la documentación. | | | | 0 | Bajo | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|------|---|
| Asignación inadecuada de los rubros | solicitud de los certificados para disponibilidad inadecuada | Procedimiento inapropiado | | | 0 | Bajo | 1. Procedimiento presupuestal. 2. Formato de solicitud presupuestal. |
| | | Sanciones disciplinarias | | | 0 | Bajo | |
| Obligaciones sin reserva de caja | Inexistencia de planeación de compras | Demanda por hechos cumplidos Compromisos sin tener garantía del recaudo | | | 0 | Bajo | conciliaciones de cuentas por pagar tesorería y presupuesto |
| | Demora en la entrega de los soporte para el pago. | | | | 0 | Bajo | |
| Evolución del gasto en ascenso con respecto al año anterior | Deficiente adherencia al plan compras. | Aumento del gasto en comparación con el ingreso. | | | 0 | Bajo | Indicadores mensuales realizando control al gasto |
| | Deficiente control del gasto por cada una de las áreas. | Deficiente equilibrio financiero | | | 0 | Bajo | |
| 1 Información de costos y gastos inconsistente y/o parcializada | Inadecuado sistema de costos | Dificultad en el momento de toma de decisiones administrativas | | | 0 | Bajo | Estudio de campo por actividad, e implementación del sistema de información |
| | Inoportunidad en la entrega de la información | | | | | Bajo | |
| 2 | Información contable inconsistente | Registro de información contable sin la revisión y trazabilidad de la cuenta | Presentación de información sin el 100% confiabilidad | | 0 | Bajo | Depuración de información para creación de saldos iniciales para el nuevo software. Comité de Saneamiento Fiscal y Financiero |
| 3 | | | | | | | |

Plan de Mejora #4

| No. | Criterios No. | Subcriterio No. | Área de Mejora | Acción de Mejora | Objetivo | Tareas | Tiempo | Recursos necesarios | Indicador | Responsable de seguimiento | |
|-----|---------------|-----------------------------------|--|---|--|--|------------|---------------------|-------------|----------------------------|--|
| | | | | | | | Inicio | Fin | | | |
| 4 | 4 | 4.6. Gestionar las instalaciones. | No contamos con el suficiente espacio físico para el aparcamiento o transporte público | Evaluación de propuesta presupuestaria y soluciones alternas para el uso autorizado del parqueo de la UASD. | Mejorar el espacio destinado a los parqueos de la institución. | Realizar propuestas al gobernador del parqueo de la UASD para gestionar un espacio destinado a los vehículos de los colaboradores del hospital | 01/01/2024 | 29/07/2024 | Financieros | Informe de Propuestas | Dirección General Consultoría Jurídica |

El 12 de mayo del 2023 El Instituto Nacional del Cáncer dirigió una carta al Licenciado Editruidis Beltrán Crisóstomo (Rector Magnífico de la Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD), donde se le solicitó una gracia para el uso del parqueo, donde en la actualidad no contamos con la cantidad de parqueos para



SNS

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

atender a la demanda de los pacientes como el personal médico y administrativo. En respuesta a dicha solicitud mediante una comunicación escrita la UASD expreso que no pueden atender a la solicitud del uso del parqueo. Estatus: Proceso 50%

Anexo #4 Carta de Solicitud de gracia uso del parqueo y respuesta de la Universidad autónoma de Santo Domingo.

incart

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA DE LUJA SANCHEZ PÉREZ DE TAVARES

DG-2023-133

12 de mayo de 2023

Licenciado

Edithudis Beltrán Cristóforo

Rector Magnífico

Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)

Av. Alma Mater, Santo Domingo

Su despacho

Distinguido Rector Magnífico:

Luego de un cordial saludo, cordésmente nos dirigimos a su investidura con fines de solicitar una gracia para el uso del parqueo contiguo al incart o bajo las condiciones que considere pertinente. En la actualidad no contamos con la cantidad de parqueos para atender simultáneamente la demanda de nuestros pacientes y el personal médico y administrativo que labora en el INCART.

El uso de las facilidades de parqueo será acorde a las siguientes precisiones,

1. Serán utilizados exclusivamente por los empleados de Instituto: personal médico y administrativo.
2. El personal estará debidamente identificado.
3. Con fines de dar seguridad al personal, haremos un acceso peatonal, puerta con dispositivo magnético que permita la entrada y salida con el carnet de identidad.
4. Se mantendrán las medidas de seguridad para evitar cualquier eventualidad.

Nuestra demanda de parqueos para facilitar a los pacientes el uso de los que tenemos en las instalaciones, sería de 375.

Gracias anticipadas por su consideración,

Se despide atentamente

Dr. José Ramírez
Director General



JRF

Av. Dr. Benito Cordero y Cordero 601, Calle General Agustín Sánchez, Santo Domingo, República Dominicana, D.R.
C. 11000 | T. 809-202-2100 | F. 809-202-2100 | E. incart@incart.com | W. www.incart.gobierno.do

Síguenos en @incartrd





Universidad Autónoma
de Santo Domingo

RECTORÍA DE ASISTENCIA
FUNDADA EL 28 DE OCTUBRE DE 1510

Rectoría

"Alto de la Instrucción
y Perfeccionamiento Universitario"

29 de mayo del 2023

0669

Doctor
José Ramírez
Director General del Instituto Nacional del Cáncer,
Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares
Su despacho.-

Distinguido Señor Director:

Luego de saludarle muy cordíamente, lamento informarle que, debido a lo establecido en el Estatuto Orgánico de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, no podemos atender su solicitud de uso del parqueo contiguo al Instituto Nacional del Cáncer, Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares.

En espera de poder servirle en otra ocasión, se despide muy atentamente.

Mtro. Edtrudis Beltrán Crisóstomo
Rector.

EBC/ve



Ciudad Universitaria - Distrito Nacional
República Dominicana - Apartado Postal No. 1360
Tel: 829-925-4279 - Fax: 829-525-7374
E-mail: rectoria@sns.edu.do - info@vece.unsd.edu.do

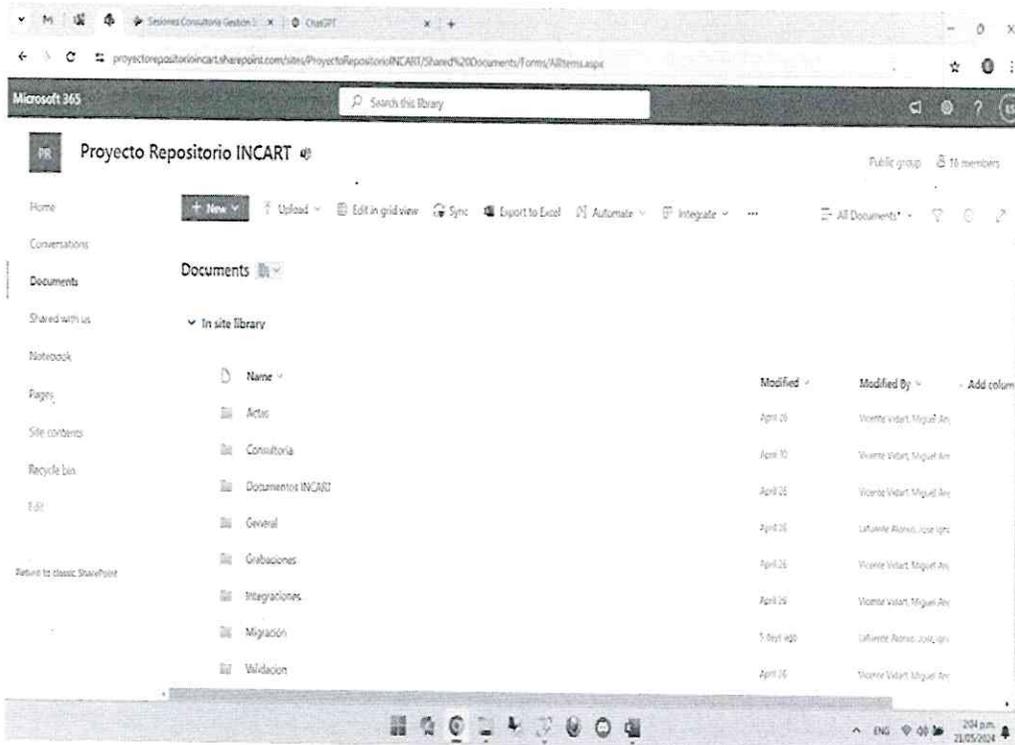
Plan de Mejora #5

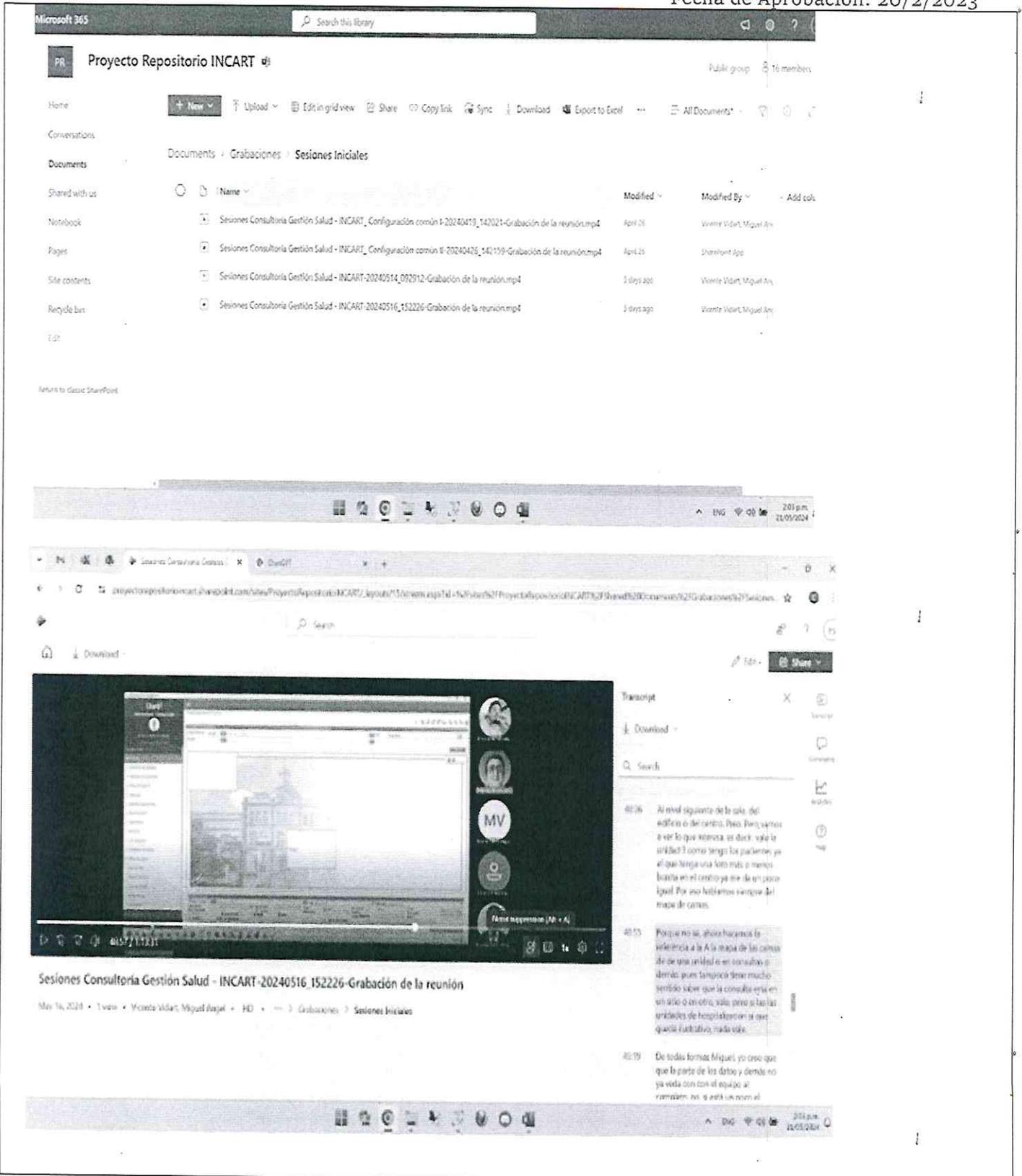
| No. | Criterios No. | Subcriterio No. | Área de Mejora | Acción de Mejora | Objetivo | Tareas | Tiempo | | Recursos necesarios | Indicador | Responsable de seguimiento |
|-----|---------------|--|---|--|---|---|------------|------------|---------------------|-----------------------------|----------------------------|
| | | | | | | | Inicio | Fin | | | |
| 5 | 5 | 5.1. Diseñar y gestionar procesos para aumentar el valor para ciudadanos y clientes. | No tenemos una plataforma tecnológica actualizada que integre diferentes soluciones para la mejora de los servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps). | Desarrollo e implementación de nueva plataforma tecnológica que nos ayude a mejorar los servicios. | Mejorar continuamente los niveles de eficiencia y eficacia en los servicios brindados para mejorar los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa. | Solicitar la adquisición de un software donde se integren todos los servicios y se incorpore en la plataforma directamente. | 01/01/2024 | 29/07/2024 | N/A | Requerimientos del software | TIC |

El Incart ha iniciado el proceso de implementación del ERP Hospitalario: CLARO SALUD; es una herramienta integral y modular que cuenta con diversos módulos. No solo cubre aspectos hospitalarios, sino que también abarca la administración de áreas no asistenciales como finanzas, recursos humanos y temas administrativos además, mantiene su principal funcionalidad médica recopilando un conjunto de herramientas

para brindar atención a los pacientes que visitan nuestro centro. Culminado esto estaremos a vanguardia tecnológica del mercado actual. La computación nube permitirá a la institución acceder la información y al almacenamiento sin administrar sus propios dispositivos físicos ni la infraestructura de TIC.
Estatus: Proceso 50%

Anexo #5 Correo Electrónico





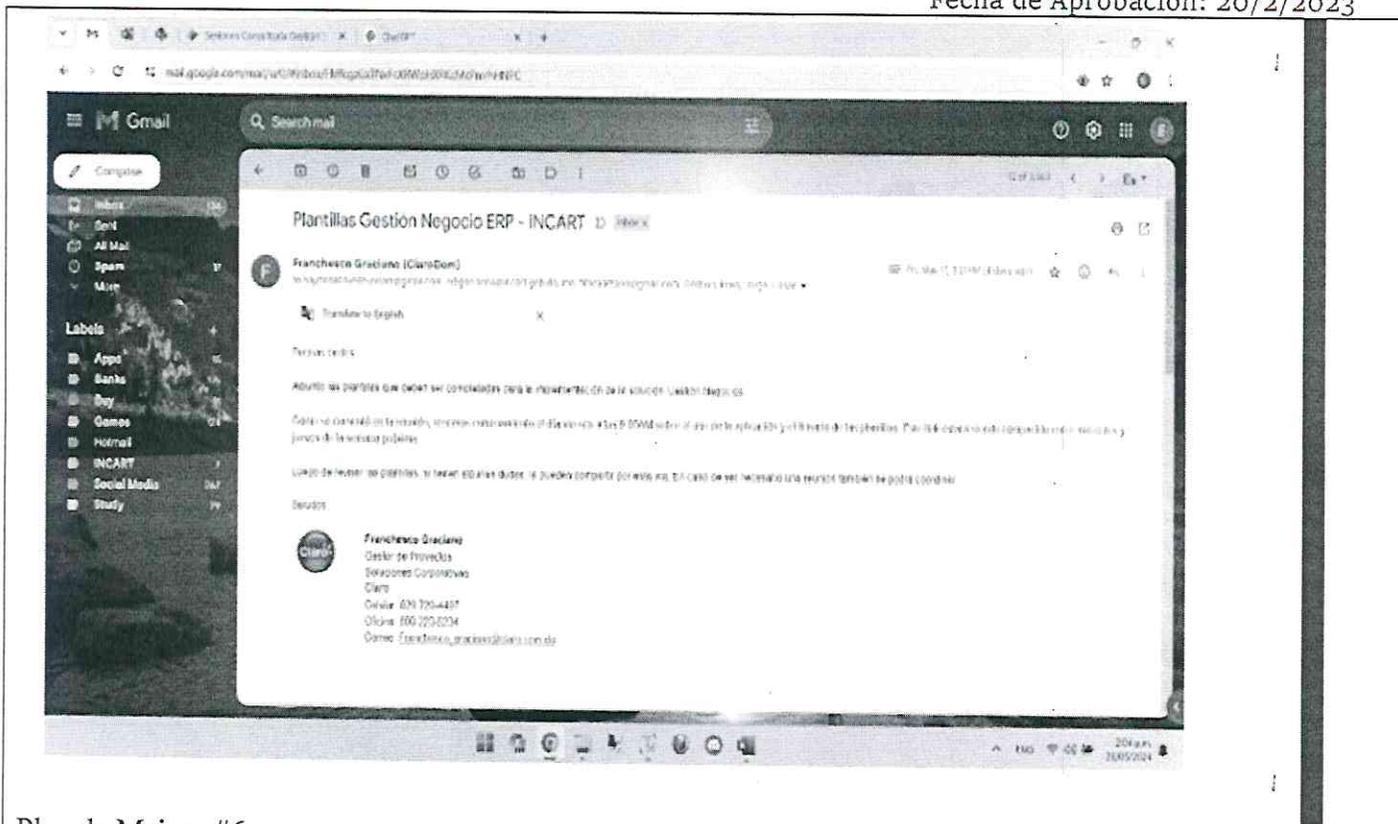
The image shows a screenshot of a Microsoft 365 SharePoint library and a Teams meeting recording. The top part shows the SharePoint interface for a library named "Proyecto Repositorio INCART". It lists several documents related to "Grabaciones" and "Sesiones Iniciales".

| Name | Modified | Modified By |
|---|------------|----------------------------|
| Sesiones Consultoria Gestión Salud - INCART_ Configuración común I-20240419_142021-Grabación de la reunión.mp4 | April 26 | Yvonne Vidar, Miguel Ángel |
| Sesiones Consultoria Gestión Salud - INCART_ Configuración común II-20240426_142159-Grabación de la reunión.mp4 | April 26 | SharePoint App |
| Sesiones Consultoria Gestión Salud - INCART-20240514_092912-Grabación de la reunión.mp4 | 5 days ago | Yvonne Vidar, Miguel Ángel |
| Sesiones Consultoria Gestión Salud - INCART-20240516_152226-Grabación de la reunión.mp4 | 5 days ago | Yvonne Vidar, Miguel Ángel |

The bottom part of the image shows a Teams meeting recording titled "Sesiones Consultoria Gestión Salud - INCART-20240516_152226-Grabación de la reunión". The recording is dated May 16, 2024, and is in HD quality. A transcript is visible on the right side of the meeting window.

Transcript:

- 40:06 Al nivel siguiente de la sala del edificio o del centro. Pero, pero, vamos a ver lo que tenemos en dock, vale la verdad ¿cómo largo los pacientes ya al que tenga una foto más o menos buena en el centro ya me da un poco igual. Por eso hablamos siempre del mapa de centros.
- 40:55 Porque no sé, ahora hacemos referencia a la A la mapa de las centros de de una entidad o en concreto o demás pues tampoco tiene mucho sentido saber que la consulta está en un sitio o en otro, vale, pero si las las unidades de hospitalización a que queda distribuido, nada más.
- 40:59 De todas formas Miguel yo creo que que la parte de los datos y demás no ya veía con con el equipo al momento, no, si está un poco al



Plan de Mejora #6

| No. | Criterios No. | Subcriterio No. | Área de Mejora | Acción de Mejora | Objetivo | Tareas | Tiempo | | Recursos necesarios | Indicador | Responsable de seguimiento |
|-----|---------------|--|--|---|---|--|------------|------------|------------------------|-------------------------|---|
| | | | | | | | Inicio | Fin | | | |
| 6 | 7 | 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño). | Actualmente no contamos con un sistema formal para medir y analizar las tasas de absentismo, lo que impacta nuestra capacidad para gestionar la productividad y el bienestar del personal. | Desarrollo e implementación de un indicador de absentismo que permita monitorear y actuar sobre las ausencias en la organización. | Establecer una línea base y lograr una disminución mensual en las tasas de absentismo a lo largo del año. | Crear de un indicador de absentismo con los datos registrados en las matrices de ausencias, vacaciones y permisos. | 01/01/2024 | 28/03/2024 | Humanos / Tecnológicos | Indicador de Absentismo | Departamento de RRHH/ Gestión de Calidad/ Departamento de TIC |

El departamento de Recursos Humanos estará haciendo el levantamiento de la data con la clasificación de los empleados fijos y eventuales, esta a su vez serán clasificadas en permisos, ausencias, vacaciones para la creación del indicador absentismo, desde el mes de febrero se está analizando los datos y ya se tienen el indicador de ausentismo laboral.

Para establecer la meta del indicador se estará llevando un registro de 3 meses y calcular la media, moda y la mediana y definir con el departamento de calidad cual será la meta en relación al histórico.

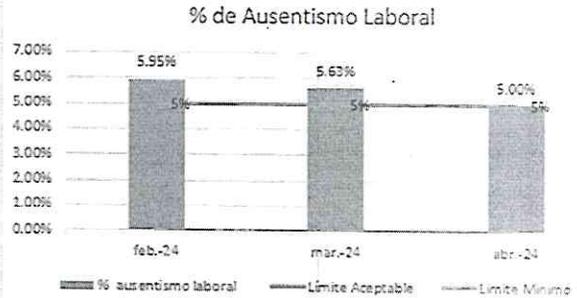
Estatus: Proceso 80%

Anexo #6 Matriz de Ausentismo laboral



INDICADOR DE AUSENTISMO LABORAL

| Mes | No. De empleados por ausentismo | No. de horas no trabajadas | No. de Horas pactadas | % ausentismo laboral | Límite Aceptable |
|--------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|------------------|
| feb-24 | 21 | 200 | 3360 | 5.95% | 5% |
| mar-24 | 16 | 144 | 2560 | 5.63% | 5% |
| abr-24 | 27 | 216 | 4320 | 5.00% | 5% |



No de Horas trabajadas= 8 Horas

Plan de Mejora #7

| No. | Criterios No. | Subcriterio No. | Área de Mejora | Acción de Mejora | Objetivo | Tareas | Tiempo | | Recursos necesarios | Indicador | Responsable de seguimiento |
|-----|---------------|---|--|---|--|--|------------|------------|---------------------|-----------------------|----------------------------------|
| | | | | | | | Inicio | Fin | | | |
| 7 | 7 | 7.2 Mediciones del Rendimiento (desempeño). | No tenemos un indicador de efectividad de las actividades formativas, lo que impide medir si se cumplieron o no los objetivos esperados en el proceso de formación | Estandarizar la evaluación de la eficacia en todas las áreas. Llevar la calificación de la evaluación a un indicador. | Conseguir los resultados de los aprendizajes para alcanzar los objetivos propuestos. | Creación de una matriz de actividades formativas que permita medir el logro de los objetivos | 01/01/2024 | 29/07/2024 | Humanos | Matriz de Efectividad | Departamento de Recursos Humanos |

La División de Capacitación hace uso del formulario DGH-FO-012.V.1 donde realiza la evaluación de la eficacia de la capacitación, este formulario lo aplican luego de tres a seis meses después de concluida la capacitación, la misma es completada por el supervisor inmediato del empleado o colaborador. La matriz está en proceso de elaboración, los criterios para la elaboración de la matriz se estará tomando del formulario Estatus: Proceso 50%

Anexo #7 Formulario de Evaluación de Eficacia



Formulario de Evaluación de Eficacia
DGH-FO-012 Versión: 01
Fecha de aprobación: 18/10/2018

Nombre de la Formación: Primeros Auxilios

Lugar: Aula Docente INCART

Nombre Persona a Evaluar: Mitchel Vázquez Pequeño

Nombre y Cargo Supervisor Inmediato: Lidia Josefina Brito - Gerente de Hospitalización

CUESTIONARIO

FACTORES (Marque con una X la casilla que se corresponde con la ejecución del evaluado).

| | CALIFICACIÓN | | | | | | | | | |
|--|--------------|---|---|---|---|-------|---|---|---|----|
| | DEFICIENTE | | | | | BUENO | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. No mejorado el desempeño de sus funciones. | | | | | | | | | | X |
| 2. Aplica en su labor cotidiana los conocimientos adquiridos en la capacitación. | | | | | | | | | | X |
| 3. Ha desarrollado nuevos métodos o formas de realizar el trabajo. | | | | | | | | | | X |
| 4. Ha propuesto acciones concretas para mejorar los procesos en los que interviene. | | | | | | | | | | X |
| 5. Ha transferido a otros los conocimientos y destrezas adquiridos en la capacitación. | | | | | | | | | | X |

Indique puntualmente en cuáles aspectos el empleado ha sido impactado y cuáles resultados se han alcanzado:

No tuvo buenos resultados en la rehabilitación de pacientes

DEFINICIÓN DE ESCALA DE MEDICIÓN

DEFICIENTE: Aplicación no adecuada.

BUENO: Aplicación justa en la forma adecuada.

EXCELENTE: Aplicación por encima de lo esperado.

NOTAR N/A en caso que uno de los puntos no aplican.

Lidia Josefina Brito
GERENTE DE HOSPITALIZACIÓN
FIRMA SUPERVISOR

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Objetivo Alcanzado:

Reforzar Capacitación:

Fecha: 15/02/23

[Firma]
Director de Recursos Humanos

Plan de Mejora #8

| No. | Criterios No. | Subcriterio No. | Área de Mejora | Acción de Mejora | Objetivo | Tareas | Tiempo | Recursos necesarios | Indicador | Responsable de seguimiento |
|-----|---------------|--|--|---|---|--|------------|---------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| | | | | | | | Inicio | Fin | | |
| 8 | 8 | 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional | No existe un instrumento de medición del impacto de la organización en la calidad de vida de los pacientes y los ciudadanos en general | Medición de la responsabilidad social de la institución | Lograr que los pacientes siempre reciban el tratamiento adecuado ajustado a su necesidad y que se promueva un ambiente seguro y de confianza. | Crear un instrumento de medición del impacto de la organización en la calidad de vida de los pacientes y los ciudadanos en general | 01/01/2024 | 27/05/2024 | Informes, resultados de las encuestas | Gestión Usuario |

Desde el año 2023 el Incart presenta a la Dirección General, un programa de Educación al Usuario, este informe está orientado a mejorar la calidad de vida de los pacientes como son:

- Charlas instructivas a familiares y cuidadores de usuarios hospitalizados.
- Charlas a pacientes oncológicos sobre el manejo de su enfermedad.
- Charlas preventivas (Área prevención).



SNS

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

Charlas dirigidas al público en general (Médicos especialistas).
 Charlas instructivas a familiares, cuidadores y pacientes pediátricos oncológicos.
 Charlas de orientación a la Unidad Funcional de Cáncer de Mama.
 Charlas de orientación a la Unidad Funcional de Cáncer de Pulmón.
 Seguido a esto los grupos de apoyo:
 Superando la pérdida
 Cuidando al cuidador.
 Cuidando al cuidador pediátrico.
 Movimientos de vida.
 Risoterapia.
 Estatus: Proceso 75%

Anexo#8

Cronograma de los Grupos de apoyo 2024, Cronograma de Escuela para Pacientes 2024 Incart,
 Cronograma de los Grupos de apoyo 2024

| TEMA | MES | DIA | AREA |
|----------------------------------|---------|-----|------------------------------|
| Superando la pérdida. | Enero | 04 | Sótano escalera este. |
| Cuidando al cuidador pediátrico. | | 10 | Pediatría. |
| Cuidando al cuidador. | | 11 | Sala de espera 4to piso. |
| Movimientos de Vida. | | 17 | Frente al lazo. |
| Riso terapia. | | 18 | Frente al lazo. |
| Dando el primer paso. | | 25 | Sótano escalera este. |
| Superando la pérdida. | Febrero | 1 | Sótano escalera este. |
| Cuidando al cuidador pediátrico. | | 14 | Pediatría. |
| Cuidando al cuidador. | | 8 | Sala de espera 4to piso. |
| Movimientos de Vida. | | 21 | Frente al lazo. |
| Riso terapia. | | 15 | Frente al lazo. |
| Dando el primer paso. | | 22 | Sótano escalera este. |
| Superando la pérdida. | Marzo | 7 | Sótano escalera este. |
| Cuidando al cuidador pediátrico. | | 13 | Pediatría. |
| Cuidando al cuidador. | | 14 | Sala de espera 4to piso. |
| Movimientos de Vida. | | 20 | Frente al lazo. |
| Riso terapia | | 21 | Frente al lazo. |
| Superando la pérdida. | Abril | 4 | Sótano escalera este. |
| Cuidando al cuidador pediátrico. | | 10 | Pediatría. |
| Cuidando al cuidador. | | 11 | Sala de espera 4to piso. |
| Movimientos de Vida. | | 17 | Frente al lazo. |
| Riso terapia. | | 18 | Frente al lazo. |
| Dando el primer paso. | | 25 | Sótano escalera este. |
| Superando la pérdida. | Mayo | 2 | Sala de espera del 4to piso. |
| Cuidando al cuidador pediátrico. | | 8 | Pediatría. |
| Cuidando al cuidador. | | 9 | Sala de espera del 4to piso. |

Cronograma de Escuela para pacientes 2024

| TEMA | MES | DIA | FACILITADOR | AREA |
|-----------------------------------|---------|-----|----------------------|--------------------------|
| Prevención de infecciones. | Enero | 8 | Dra. Glenny Mirabal. | Frente al lazo |
| Cuidados pre y post quirúrgicos. | | 15 | Dr. Fulcar. | Frente al lazo |
| Nutrición saludable. | | 22 | Dra. Minier | Frente al lazo |
| Cuidados asistidos por enfermería | Febrero | 5 | Lic. Rodriguez | Sala de espera 4to piso. |
| Prevención de infecciones. | | 12 | Dra. Glenny Mirabal | Frente al lazo |
| Cuidados pre y post quirúrgicos. | | 19 | Dr. Fulcar. | Frente al lazo |
| Nutrición saludable. | | 26 | Dra. Minier | Frente al lazo |
| Cuidados asistidos por enfermería | Marzo | 4 | Lic. Rodriguez | Sala de espera 4to piso. |
| Prevención de infecciones. | | 11 | Dra. Glenny Mirabal. | Frente al lazo |
| Cuidados pre y post quirúrgicos. | | 18 | Dr. Fulcar. | Frente al lazo |
| Nutrición saludable. | | 25 | Dra. Minier | Frente al lazo |
| Cuidados asistidos por enfermería | Abril | 1 | Lic. Rodriguez | Sala de espera 4to piso. |
| Prevención de infecciones. | | 8 | Dra. Glenny Mirabal | Frente al lazo |
| Cuidados pre y post quirúrgicos. | | 15 | Dr. Fulcar. | Frente al lazo |
| Nutrición saludable. | | 22 | Dra. Minier | Frente al lazo |
| Cuidados asistidos por enfermería | Mayo | 6 | Lic. Rodriguez | Sala de espera 4to piso. |
| Prevención de infecciones. | | 13 | Dra. Glenny Mirabal | Frente al lazo |
| Cuidados pre y post quirúrgicos. | | 20 | Dr. Fulcar. | Frente al lazo |
| Nutrición saludable. | | 27 | Dra. Minier | Frente al lazo |

Plan de Mejora #9

| No. | Criterios No. | Subcriterio No. | Área de Mejora | Acción de Mejora | Objetivo | Tareas | Tiempo | Recursos necesarios | Indicador | Responsable de seguimiento | |
|-----|---------------|--|--|--|--|---|------------|---------------------|------------------|--|--|
| | | | | | | | Inicio | Fin | | | |
| 9 | 2 | 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia. | No contamos con un indicador para medir el cumplimiento de los objetivos financieros y el presupuesto. | Asegurar el cumplimiento con el presupuesto y los objetivos financieros. | Alcanzar los objetivos financieros y del presupuesto | Elaborar un calendario para el seguimiento del presupuesto y objetivos financieros. | 01/01/2024 | 29/07/2024 | Recursos Humanos | Calendario de presupuesto y objetivo financieros | Departamento Financiera División de Formulación, Monitoreo, y Evaluación de Planes, Programa y Proyecto. |

Trimestralmente se registra en el SIGEF la ejecución financiera lograda, donde se da el seguimiento de los objetivos financieros. Se sostuvo una reunión con la encargada del área, para la primera semana de junio se estaremos elaborando el calendario.

Estatus : Proceso 50%

Anexo #9 Seguimiento de los objetivos financiero por la página del SIGEF



Busqueda por Código Producto, Nombre Producto, Clasificador Institucional o Programático

Producto Físico: Personas acceden a servicios de salud especializados en oncología en Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia

Datos Institucionales

Centro: 0100 DIRECCION CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD
 SubCentro: 0101 DIRECCION CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora: 0007 INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA EMILIA SÁNCHEZ PÉREZ DE TAVÁREZ
 Programa: 13: Provisión de servicios de salud en establecimientos auto-gestionados
 Producto: 04: Personas acceden a servicios de salud especializados en oncología en Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia
 Producto Físico: 0511: Personas acceden a servicios de salud especializados en oncología en Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia

Datos Unidad Ejecutora

Presupuesto Inicial: 13.812.273.003,00
 Presupuesto Vigente: 13.812.434.982,00
 Programación Devengado: 269.402.904,83
 Devengado Ejecutado: 1481.628.328,73

Datos Producto

Presupuesto Inicial: 13.812.273.003,00
 Presupuesto Vigente: 13.812.434.982,00
 Devengado Ejecutado: 1481.628.328,73

Nivel De Avance Por Punto De Seguimiento

| Punto | Ejecutado | Fecha Evaluación |
|---|----------------------------------|------------------|
| 01 - Personas acceden a servicios de salud especializados en oncología en Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia | 0,00 No. de atenciones ofertadas | |

Punto Seguimiento

Programación

| Programación Física | Tipo Meta | Trimestre | | | | Total |
|---|-----------|----------------|----------------|------------------|------------------|------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Unidad De Medida: No. de atenciones ofertadas | ACUMUL | 195.232,00 | 172.500,00 | 260.309,00 | 251.012,00 | 879.053,00 |
| Programación Financiera | | 696.209.141,00 | 331.422.037,43 | 1.105.559.170,00 | 1.105.559.171,00 | 3.238.749.519,43 |

Ejecución Programática

| Ejecución Física | Tipo Meta | Trimestre | | | | Total | % |
|-------------------------------------|-----------|----------------|----------------|------|------|----------------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Unidad De Medida: No. de atenciones | ACUM | 144.606,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 144.606,00 | 74,07% |
| Ejecución Financiera | | 276.185.031,19 | 185.441.297,54 | 0,00 | 0,00 | 461.626.328,73 | 40,25% |

Plan de Mejora #10

| No. | Criterios No. | Subcriterio No. | Área de Mejora | Acción de Mejora | Objetivo | Tareas | Tiempo | Recursos necesarios | Indicador | Responsable de seguimiento |
|-----|---------------|------------------------------|---|---|--|--|------------|---------------------|-----------|----------------------------|
| | | | | | | | Inicio | Fin | | |
| 10 | 5 | S.1 Mediciones de percepción | No tenemos un instrumento de medición para las nuevas actividades destinadas a la comunidad, donde la organización realiza actos, eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro | Medición de la responsabilidad social de la institución | Crear un instrumento de medición para conocer el nivel de la comunidad externa | Crear un instrumento de medición en la organización para la realización de las actividades | 01/01/2024 | 27/12/2024 | Indicador | Trabajo Social |

El programa de Educación al usuario posee un indicador que mide el porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas de los cuales se pueden mencionar:

Grupos Focales:

Teatro Incart.

Programa Cuidar mi cuerpo.

Actividades de socialización:

Celebración de fechas conmemorativas.

Actividades artísticas.

Jornadas de belleza.

Asistencia espiritual (Visitas a habitaciones, Hospital de Día y COP) con guitarra o violín.



SNS

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

Escuela para pacientes.
Cuidados asistidos por enfermería.
Prevención de infecciones.
Cuidados pre y post quirúrgicos
Nutrición saludable.
Estatus: Proceso 75%

Anexo # 10 Informe Estadístico de Educación al Usuario

incart

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA EMILIA SÁNCHEZ PÉREZ DE TAVARES

INFORME ESTADÍSTICO DE EDUCACIÓN A LOS USUARIOS AÑO 2024
ACCIONES Y/O ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LOS USUARIOS, FAMILIARES Y/O CUIDADORES
PROGRAMA DE EDUCACION AL USUARIO

| Acciones y/o Actividades a Concretar | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Total año |
|---|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-----------|
| Charlas Instructivas a Familiares y Cuidadores de Usuarios Hospitalizados. | | | | | | | | | | | | | |
| Programadas | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 24 |
| Ejecutadas | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | | | |
| % Cumplimiento | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Cantidad de participantes | 15% | 20% | 18% | 15% | 15% | | | | | | | | |
| Meta | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Charlas a Pacientes Oncológicos Sobre el Manejo de la Enfermedad | | | | | | | | | | | | | |
| Programadas | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 6 | 5 | 70 |
| Ejecutadas | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | | | | | | | | 30 |
| Cantidad de participantes | 23 | 20 | 18 | 13 | 12 | | | | | | | | |
| % Cumplimiento | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 43% |
| Meta | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Matriz con el porcentaje de implementación de cada área de mejora. CAF 2024 Incart

| Área | Tareas | Porcentaje | Estatus |
|--|---|------------|------------|
| División de Formulación, Monitoreo y Evaluación de Planes, Programa y Proyecto/de Sección Jurídica/División de Investigación Clínica | Desarrollar una matriz donde indique el seguimiento de las alianzas y convenios realizados por el INCART en sus diferentes áreas. | 100% | Completado |

**SNS**SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

| | | | | |
|---|---|-----|---------|--|
| Departamento de Recursos Humanos/sección Jurídica | Desarrollar alianzas con varias instituciones privadas buscando fortalecer los vínculos con este sector, algunas de estas son: 1. Convenio del INCART con gimnasios los cuales ofrezcan Planes para los colaboradores y sus familiares directos. 2. Convenio con aseguradoras para ofrecer seguros de vida colectivos a los familiares directos y los colaboradores del INCART. | 75% | Proceso | |
| Departamento Financiero/División de Calidad | Crear la Matriz de Riesgo integrando los objetivos financieros y no financieros | 75% | Proceso | |
| Dirección General | Realizar propuestas al gobernador del parqueo de la UASD para gestionar un espacio destinado a los vehículos de los colaboradores del hospital | 50% | Proceso | |
| Departamento de Tecnología de la información y comunicación | Solicitar la adquisición de un software donde se integren todos los servicios y se incorpore en la plataforma directamente. | 50% | Proceso | |
| Departamento de Recursos Humanos | Crear de un indicador de absentismo con los datos registrados en las matrices de ausencias, vacaciones y permisos. | 80% | Proceso | |
| Departamento de Recursos Humanos | Creación de una matriz de actividades formativas que permita medir el logro de los objetivos | 50% | Proceso | |
| Trabajo Social | Crear un instrumento de medición del impacto de la organización en la calidad de vida de los pacientes y los ciudadanos en general | 85% | Proceso | |



SNS

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

| | | | | |
|---|--|-----|---------|--|
| Departamento Financiera/División de Formulación, Monitoreo, y Evaluación de Planes, Programa y Proyecto | Elaborar un calendario para el seguimiento del presupuesto y objetivos financieros. | 50% | Proceso | |
| Trabajo Social | Crear un instrumento de medición en la organización para la realización de las actividades | 85% | Proceso | |

RESULTADOS / CONCLUSIONES

El seguimiento a la implementación de las acciones programadas en el Plan de Mejora CAF 2024, el cual se encuentra en un 50% de ejecución hasta completar el 100%.

RECOMENDACIONES

Dar continuidad a las actividades restantes con la finalidad de su ejecución total.

ANEXOS (Si aplica)

Plan de Mejora CAF 2024

Instrucciones de llenado:

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

G. Larraín B. Bettencourt

Elaborado por
(Nombre y apellido)

