



**GUIA CAF 2013
PARA LA REALIZACION DEL AUTODIAGNOSTICO**

NOMBRE DE INSTITUCIÓN

HOSPITAL PEDIATRICO DR. HUGO MENDOZA

FECHA

10-06-2021

MODELO CAF. EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

Presentación

El documento que se presenta ha sido elaborado para que sirva de instrumento facilitador del proceso de auto evaluación con el Modelo CAF en organizaciones e instituciones del sector público.

El Modelo CAF (*Common Assessment Framework*), el Marco Común de Evaluación, es el resultado de la cooperación de los Estados Miembros de la Unión Europea y se presenta como una herramienta para ayudar a las organizaciones del sector público interesadas en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento. Como Modelo de Excelencia, ofrece un marco sencillo y fácil de usar, idóneo para realizar un auto evaluación de las organizaciones del sector público que inician el camino de la mejora continua y el desarrollo de una cultura de calidad.

Con la finalidad de que este ejercicio de auto evaluación sea fácilmente realizado por las organizaciones públicas, se ha elaborado este Guía, que aborda el análisis de la organización a la luz de los 9 criterios y 28 subcriterios del CAF, a través de una serie de ejemplos cuya interpretación conduce a la identificación de los puntos fuertes y las áreas de mejora de la organización.

A partir de los puntos fuertes y áreas de mejora identificados en cada uno de los ejemplos y avalado por una Memoria elaborada por el Equipo Evaluador Interno de cada institución participante, puede medirse el nivel de excelencia alcanzado, a través del panel de valoración propuesto por la metodología CAF y que será utilizado por el Equipo Evaluador Externo para fines del Premio Nacional a la Calidad en el Sector Público.

Más allá del objetivo de participación en el certamen, la aplicación periódica del autodiagnóstico a una organización proporciona un medio idóneo para alcanzar un consenso sobre aquello que es preciso mejorar en la organización, la identificación de buenas prácticas y la oportunidad de compartirlas con otras organizaciones autoevaluadas con el Modelo CAF (*benchlearning*).

Permite, además, a las organizaciones públicas emprender acciones de mejora concretas para elevar los niveles de calidad en la prestación de los servicios públicos a los ciudadanos y ofrece un medio para medir el progreso en el tiempo de los resultados de estas acciones.

Este documento ha sido elaborado por el Comité del Premio Nacional a la Calidad y Reconocimiento a las Prácticas Promisorias del Ministerio de Administración Pública (MAP), tomando como base los ejemplos que aparecen en la versión 2013 del Modelo CAF.

Esta edición del Modelo CAF 2013 es una traducción autorizada realizada por el Departamento de Calidad de los Servicios de la Agencia Estatal de la Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL) de España.

La primera versión de esta guía se elaboró en el año 2005 bajo la asesoría de María Jesús Jimenez de Diego, Evaluadora Principal del Departamento de Calidad de la AEVAL. Santo Domingo, agosto de 2013.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUIA.

Evaluación Individual.

1. Antes de iniciar el trabajo de evaluación, revise el documento informativo sobre el Modelo CAF que aparece en esta misma página Web. Esto le ayudará a comprender mejor la definición de criterios y subcriterios y le aclarará dudas respecto a algunos conceptos que aparecen en la guía.
2. Trabaje un criterio a la vez.
3. Lea cuidadosamente y asegúrese de entender exactamente el contenido del ejemplo antes de escribir.
4. Relate en la columna Puntos Fuertes, los avances registrados por su organización con respecto a lo planteado en el ejemplo en cuestión.

Incluya evidencias. Asegúrese de recopilar toda la documentación de que dispone la organización que pueda ser mostrada como evidencia del avance a que se hace referencia en la columna.

- a) Escriba en la columna Área de Mejora cuando la organización muestre poco o ningún avance en el tema objeto del ejemplo.
 - b) En este caso, el enunciado debe estar formulado en forma negativa: “No existe”, “No se ha realizado”.
5. Evite formular propuestas de mejora. **DEBE LIMITARSE A ESCRIBIR UN ENUNCIADO NEGATIVO.**
 6. En casos en que la organización muestre avances parciales en el tema, señalar las evidencias en la primera columna y complete en la columna Áreas de mejora lo referente a lo que aún no ha realizado.
 7. Antes de pasar a la sesión de consenso con el resto del Equipo Auto-Evaluador, asegúrese de haber completado la información relativa a todos los criterios y subcriterios.

CRITERIOS FACILITADORES

CRITERIO I: LIDERAZGO

Considerar qué están haciendo los líderes de la organización para:

SUBCRITERIO I.1. Dirigir la organización desarrollando su misión visión y valores.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<ol style="list-style-type: none"> 1. Formular y desarrollar la misión y la visión de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados. 2. Establecer un marco de valores alineado con la misión y la visión de la organización, respetando el marco general de valores del sector público. 3. Asegurar una comunicación de la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos más amplia a todos los empleados de la organización y a todos los grupos de interés. 4. Revisar periódicamente la misión, visión y valores, reflejando tanto los cambios de nuestro entorno externo, (por ejemplo: políticos, económicos, socio-culturales, tecnológicos (el análisis PEST) como demográficos. 5. Desarrollar un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, a la vez que apoye al personal que trata dilemas éticos; dilemas que aparecen cuando distintos valores de la organización entran en conflicto. 6. Gestionar la prevención de la corrupción, identificando potenciales áreas de conflictos de intereses y facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos. 	<p>El HPHM y su gestión está orientada a resultados, para esto se ha desarrollado la actualización del plan estratégico institucional 2020-2024 en conjunto con nuestro grupo de interés, el cual en colaboración con estos pudimos reformular nuestra misión, visión y valores (también con los colaboradores internos para nuestros valores).</p> <p>1. Evidencia: Listado de asistencia de los grupos de interés. Fotografías.</p> <p>Para la realización del PEI 2020-2024, al igual que la misión visión y valores, se realizaron talleres con los grupos de interés y también los colaboradores, los cuales ayudaron a la definición de estos lineamientos por los cuales se identifica el HPHM.</p> <p>2. Evidencia: Plan estratégico Institucional</p> <p>Para la promoción de los de la misión visión y valores el HPHM utiliza diferentes medios y mecanismos, como, por ejemplo, las redes sociales, pagina web; para los colaboradores murales, letreros acrílicos en toda la institución, y también, utiliza el concurso de misión visión y valores donde le cual se</p>	

	<p>premia aquellos grupos que mejor hagan la dinámica de promoción de estos.</p> <p>3. Evidencia: Pagina Web. Letreros en las áreas de atención y procesos. Videos y fotos del concurso de misión visión y valores.</p> <p>La revisión de la misión, visión y valores se lleva a cabo considerando los cambios del entorno, para ello existe una política de planeación operativa y estratégica, misma que es considerada tanto para lo anterior como para la planeación institucional, la periodicidad se considera a partir de la revisión del PEI.</p> <p>4. Evidencia: Plan Estratégico Institucional versión I y II. Fotografías, minuta y listado de asistencia de la revisión. Política documentada.</p> <p>Se tiene establecido el código de ética, así como del Comité de Ética, el cual ayuda a prevenir comportamientos no éticos y la corrupción a lo interno de la institución, así como de prevenir otros tipos de comportamientos</p> <p>5. Evidencia: Acta Constitutiva Comité de Ética. Código de ética institucional.</p> <p>A parte de reuniones y del comité de ética, también se ha desarrollado y se mantiene el Círculo de Desarrollo Gerencial, como parte de incentivar el buen liderazgo</p> <p>6. Evidencia: talleres de ética con listado de participantes.</p>	
--	---	--

<p>7. Reforzar la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).</p>	<p>Entrega de código de ética a cada empleado firmado y sellado. Talleres de Liderazgo y solución de conflicto de interés.</p> <p>No obstante, otra manera para reforzar la confianza entre los líderes lo constituyen las reuniones periódicas, la campaña Ponte en mis Zapatos y un día con la directora.</p> <p>Evidencia: Reconocimientos a grupos de trabajo que modelen los valores del centro. Fotos de ponte en mis zapatos y un día con la Directora.</p>	
--	--	--

SUBCRITERIO I.2. Gestionar la organización, su rendimiento y su mejora continua

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Definir estructuras de gestión adecuadas (niveles, funciones, responsabilidades y competencias) y asegurar un sistema de gestión por procesos y alianzas, acorde a la estrategia, planificación, necesidades y expectativas de los grupos de interés.</p> <p>2. Identificar y fijar las prioridades de los cambios necesarios relacionados con la estructura, el desempeño y la gestión de la organización.</p>	<p>Se ha definido una estructura acorde con las necesidades del Hospital y sus grupos de interés.</p> <p>Evidencias: Contamos con un manual de funciones y responsabilidades y en conjunto con este, tenemos nuestro mapa de procesos el cual contiene más de 27 procesos donde se generan las actividades tanto operativas como administrativas. Cada uno de estos poseen indicadores que están alineados al plan estratégico las cuales dan respuesta a cada uno de los ejes estratégicos con su periodicidad de medición.</p> <p>A partir de las encuestas aplicadas a los grupos de interés y basados en la planeación estratégica, se identifican los aspectos para</p>	

<p>3. Definir resultados cuantificables e indicadores de objetivos para todos los niveles y áreas de la organización, equilibrando las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés, de acuerdo con las necesidades diferenciadas de los clientes (por ejemplo perspectiva de género, diversidad).</p> <p>4. Desarrollar un sistema de gestión de la información, con aportaciones de la gestión de riesgos, el sistema de control interno y la permanente monitorización de los logros estratégicos y de los objetivos operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”).</p> <p>5. Aplicar los principios de GCT e instalar sistemas de gestión de la calidad o de certificación como el CAF, el</p>	<p>la priorización de los cambios necesarios relacionados con la estructura, el desempeño y la gestión de la organización.</p> <p>Evidencia: En base a esto, ya se trabajó la nueva estructura organizativa en acompañamiento con el Ministerio de Administración Pública (MAP) con el fin mejorar el desempeño de la institución y así dar respuesta a las necesidades puntuales de los grupos de interés.</p> <p>Para la elaboración del Plan Estratégico Institucional y el cumplimiento de estos, se establecen indicadores de gestión las cuales son medidos en base a cada eje estratégico, con el fin de verificar el nivel del logro de los objetivos establecidos.</p> <p>Evidencia: PEI, Matrices estadísticas con perspectiva de género. Balance Score Card</p> <p>Gracias a la elaboración del plan estratégico, así como de los lineamientos estratégicos, el HPHM diseña, monitorea y actualiza el Balance Score Card, la cual es una herramienta que permite identificar los indicadores priorizados, medirlos, controlarlos y mejorarlos con el fin de que estos nos orienten del porcentaje de cumplimiento en el cual está el centro con relación a las metas y objetivos establecidos en el PEI.</p> <p>Evidencia: Balanced Score Card, Tablero de Mando.</p> <p>La institución desde su inicio ha instalado en su modelo de gestión el CAF llevando al</p>	
--	---	--

<p>EFQM o la Norma ISO 9001.</p> <p>6. Formular y alienar la estrategia de administración electrónica con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p> <p>7. Generar condiciones adecuadas para los procesos y la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.</p> <p>8. Crear condiciones para una comunicación interna y externa eficaz, siendo la comunicación uno de los factores críticos más importante para el éxito de una</p>	<p>HPHM a Ganar el Gran Premio Nacional a la Calidad, así como también la implementación del EFQM que nos permitió obtener ORO al Premio Iberoamericano a la Calidad y también hemos certificados varios procesos priorizados bajo la norma ISO 9001:2015.</p> <p>Evidencia: Modelo CAF, EFQM, Norma ISO 9001:2015.</p> <p>La digitalización de récords clínicos de pacientes, se ha llevado más allá, como por ejemplo el desarrollo del software SGA (Sistema de Gestión Administrativa) el cual nos permite digitalizar más del 50% de las estadísticas generadas en el hospital, así como de almacenar la historia clínica de los pacientes, la cual se puede visualizar en cualquier punto con red del centro.</p> <p>Evidencia: Sistema de Gestión Administrativa SGA</p> <p>El HPHM mantiene las condiciones para los procesos y la gestión de proyectos a través de la conformación de los diferentes equipos y comités de trabajo para temas diversos, ejemplo: Comité ejecutivo, Comité de Cultura Organizacional, Comité de Innovación y Creatividad, Comité de Compras y Contrataciones, Comité de Ética, Comité Disciplinario, Comité de Bioseguridad CIAS, Comité de Coordinación del PABE.</p> <p>Evidencia: Actas Constitutivas de Comités.</p> <p>El HPHM contiene espacios creado espacios para una comunicación interna y externa eficaz, como son sala de juntas para</p>	
--	--	--

<p>organización.</p> <p>9. Demostrar el compromiso de los líderes/ directivos hacia la mejora continua y la innovación promoviendo la cultura de innovación, así como la mejora continua y por lo tanto fomentar la retroalimentación de los empleados.</p> <p>10. Comunicar lo que motiva las iniciativas del cambio y sus efectos esperados a los empleados y grupos de interés relevantes.</p>	<p>reuniones, salón de conferencias y el centro de investigación, en adición a esto, están las reuniones de equipos gerenciales, políticas de puertas abiertas, correos, intranet, redes sociales, grupos de WhatsApp con los diferentes equipos y comités, los espacios de interacción en su página web, Facebook, cuentas de Twitter, reuniones con actores claves, elaboración de un instructivo para guiar las reuniones, entre otros canales</p> <p>Evidencia: Correo institucional, Grupo de WhatsApp, Intranet, Áreas y salones de reuniones</p> <p>El compromiso de los líderes se refleja día gracias a los proyectos a realizar en los que ellos también forman parte. En adición se encuentra el concurso de innovación en el cual los colaboradores presentan mejoras en los procesos, se premian a los colaboradores con las mejores propuestas y se ejecutan. También se realizan las encuestas de clima laboral y liderazgo, donde los resultados son presentados a cada uno de los líderes de y se toman acciones correctivas para mejorar la condición de los colaboradores y su satisfacción con el centro y sus líderes.</p> <p>Evidencia: Encuesta de Clima Laboral, Concurso de Innovación, Comité de Innovación, Implementación y continuidad de sistemas (EFQM CAF)</p> <p>Los líderes han demostrado un compromiso hacia la mejora continua, esto se evidencia a través de la existencia del comité de</p>	
---	--	--

	<p>innovación y el programa de innovación que existen en la organización. Agregando que plasmar una nueva visión instruccional, mostrando lo que se quiere lograr y el compromiso de la excelencia que representa al HPHM, motiva a sus líderes a querer continuar con la filosofía de mejora continua.</p> <p>Evidencia: PEI, Clima laboral, Quejas y Sugerencias.</p>	
--	--	--

SUBCRITERIO 1.3. Motivar y apoyar a las personas de la organización y actuar como modelo de referencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Predicar con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos.</p> <p>2. Promover una cultura de confianza mutua y de respeto entre líderes y empleados, con medidas proactivas de lucha contra todo tipo de discriminación.</p>	<p>La alta dirección motiva y apoya a las personas actuando de acuerdo a los objetivos y valores establecidos, participación en actividades, reuniones, un día con la directora, Campaña Ponte en mis Zapatos, la cual cada persona y líder intercambian de puesto de trabajo por un día, el día super el cual todos, incluyendo al director, se visten de súper héroes.</p> <p>Evidencia: Fotos Campaña Ponte en mi Zapatos, Política Ponte en mi Zapatos, Fotos un Dia con la directora, Fotos Dia Super.</p> <p>La alta dirección promueve una cultura de confianza mutua y de respeto entre los líderes y empleados a través de reuniones abiertas entre estos, puertas abiertas y accesibilidad para todo los líderes y la</p>	

<p>3. Informar y consultar de forma periódica a los empleados asuntos claves relacionados con la organización.</p> <p>4. Apoyar a los empleados en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos para impulsar la consecución de los objetivos generales de la organización.</p>	<p>directora. En ese mismo orden se realizan capacitaciones y talleres de liderazgo, acoso, discriminación y demás, entre colaboradores y líderes en las mismas. Se aplican socializaciones y mejoras a partir de las encuestas de clima laboral.</p> <p>Evidencia: Talleres de Liderazgo, Mobbing y acoso laboral, Política de Puertas Abiertas,</p> <p>Informaciones y asuntos claves relacionadas con la organización se dan a conocer mediante reuniones con los diferentes equipos de trabajo. Para esto, el HPHM cuenta con equipos multidisciplinarios conformados bajos los diferentes comités las cuales se convocan y se reúnen periódicamente. También se comunican a través de los grupos de WhatsApp donde están todos los gerentes y encargados de las áreas en conjunto con reuniones con este mismo grupo. Otras vías de comunicación para temas importantes son los correos electrónicos, intranet, pagina web y circulares.</p> <p>Evidencia: Correo Electrónico, Grupo de WhatsApp, Reuniones grupos de trabajo y distintos comités.</p> <p>A través del Plan de Capacitación el HPHM fortalece los conocimientos de los colaboradores, por lo que los resultados de estos se reflejan en el desempeño de los mismos y el cumplimiento de sus actividades y tareas asignadas. También a través de Concurso entre los</p>	
--	---	--

<p>5. Proporcionar retroalimentación a todos los empleados, para mejorar el desempeño tanto grupal (de equipos) como individual.</p>	<p>colaboradores sobre la presentación creativa de la Misión, Visión y Valores, creación Comité de Innovación y Creatividad, y aplicación de encuestas se promueve una cultura de innovación se anima y apoya a los empleados para que hagan sugerencias y sean proactivos en el trabajo diario.</p> <p>Evidencia: Plan de capacitaciones, Acuerdos de desempeño por competencias, Comité de innovación,</p> <p>A través de los indicadores de gestión presentados en el balance score card y los levantamientos de procesos se identifican las oportunidades de mejoras las cuales se comunica a los procesos involucrados para la mejora oportuna de estas. No obstante, a esto, de la gestión humana se tienen las evaluaciones de desempeño en la cual se revisan los acuerdos y compromisos de los colaboradores, su nivel de cumplimiento y en base a esto se hace la retroalimentación a cada uno de estos para la mejora.</p> <p>Evidencia: Resultados de las Evaluaciones de los acuerdos de desempeño, Resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios, Resultados de los indicadores de gestión en el Balance Score Card.</p>	
--	--	--

<p>6. Animar, fomentar y potenciar a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.</p>	<p>El HPHM empodera a sus colaboradores para la toma de decisiones debido a las competencias que estos poseen. En adición a esto, estos se cosechan a través de las charlas y talleres que se realizan de empoderamiento y liderazgo. Otras actividades que se realizan para el desarrollo de esto son las Guardias activas administrativas, en el cual un directivo diferente supervisa las áreas del hospital los fines de semana y los interinatos cuando los responsables de área se ausentan, estos deben de realizar un informe luego de cada guardia de los hallazgos y eventualidades que se presentan.</p> <p>Evidencia: Talleres y charlas de liderazgo, empowerment e inteligencia emocional, Calendario Guardia administrativa,</p>	
<p>7. Promover una cultura del aprendizaje y animar a los empleados a desarrollar sus competencias.</p>	<p>La cultura del aprendizaje y de animar a los empleados a desarrollar sus competencias en el HPHM se realizan a través del Círculo de Desarrollo Gerencial, Aula Virtual y Clases de francés. Haciendo uso de la Intranet del centro se pueden observar escritos de acciones mejoras y retroalimentaciones de actividades realizadas durante los servicios dados en el centro.</p> <p>Evidencia: Circulo de desarrollo Gerencial, Aula virtual, Plan de Capacitación, Intranet.</p>	

<p>8. Demostrar la voluntad personal de los líderes de recibir recomendaciones/ propuestas de los empleados, facilitándoles una retroalimentación constructiva.</p>	<p>Cada colaborador puede realizar sus recomendaciones tanto a los líderes y encargados de procesos, sino que también pueden llevar estas acciones al comité ejecutivo y directivos del centro, los cuales todos retroalimentan de manera constructiva al colaborador. A esto se agrega de que existen reuniones tanto con los colaboradores, sus líderes y la alta dirección para revisar de una manera detallada estas propuestas. También existe el concurso de innovación en el cual los colaboradores realizan propuestas de mejoras a procesos y estas son analizadas por el comité de innovación el cual recompensan a las mejores propuestas realizadas.</p> <p>Evidencia: Concurso de Innovación, Política puertas abiertas, Plan de acciones de mejoras.</p>	
<p>9. Reconocer y premiar los esfuerzos tanto individuales como de equipos de trabajo.</p>	<p>El HPHM ha diseñado y desarrollado un mecanismo para reconocer y recompensar los esfuerzos de los equipos y las personas, a través de una política de reconocimiento a la Excelencia y un Mural de Colaborador Meritorio donde se coloca las fotos de los galardonados</p> <p>Evidencia: Política de reconocimiento a empleados, Reconocimiento la Milla Extra, Reconocimiento a los grupos de trabajo que modelen mejor los valores del centro.</p>	

<p>10. Respetar y responder a las necesidades y circunstancias personales de los empleados.</p>	<p>Para tomar toman en cuenta las necesidades individuales y las circunstancias de los empleados el HPHM las canaliza a través del Programa de Asistencia y Bienestar del Empleado PABE, programa que van más allá de las cuestiones laborales, integrando la parte humana.</p> <p>Evidencia: Programa de Asistencia y Bienestar del Empleado PABE.</p>	
---	--	--

SUBCRITERIO 1.4. Gestionar relaciones eficaces con las autoridades políticas y otros grupos de interés.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Desarrollar un análisis de las necesidades de los grupos de interés, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y compartir estos datos con la organización.</p> <p>2. Ayudar a las autoridades políticas a definir las políticas públicas relacionadas con la organización.</p>	<p>La sub dirección de planificación y desarrollo ha elaborado y lleva a cabo una política para la gestión de los grupos de interés. También para se tiene la matriz de grupo de interés, donde se detallan las necesidades y expectativas de estos y los diferentes mecanismos que tiene el centro para dar respuesta a estos.</p> <p>Evidencia: Matriz Grupo de Interés.</p> <p>A los fines de ejecutar programas y proyectos que desarrollan y mantienen relaciones proactivas con representantes de la comunidad, políticos, con diversas ONGS gremios, entre otros actores claves. Podemos mencionar: Sector primer y segundo nivel de atención, Regional de Salud, Dirección Regional de</p>	

<p>3. Identificar las políticas públicas relevantes para la organización e incorporarlas a la organización.</p> <p>4. Comprobar que los objetivos y metas para productos y servicios ofrecidos por la organización están alineados con las políticas públicas y las decisiones políticas y llegar acuerdos con las autoridades políticas acerca de los recursos necesarios.</p>	<p>Salud Metropolitana, Ministerio de Salud Pública, Contraloría General de la República, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, Dirección General de Presupuesto, Compras y Contrataciones, Ministerio de Administración Pública, juntas de vecinos, miembros de la comunidad y líderes religiosos, Universidades. Administradoras de Riesgos de Salud ARS, con las escuelas, CMD.</p> <p>Evidencia: Plan Estratégico Institucional.</p> <p>Articulación de comisión para el análisis de las necesidades de los grupos de interés. También existe el análisis de las necesidades de dichos grupos. Aspectos que son considerados en el Plan estratégico, en los puntos capacidades instaladas, contexto nacional y local)</p> <p>Evidencia: Normas y protocolos de atención en los diferentes procedimientos.</p> <p>El Plan Estratégico Institucional del HPHM están alineados a las estrategias nacional de desarrollo y a los ODS. Todo estos, descritos dentro de 4 ejes estratégicos que dan respuestas a políticas públicas y al cumplimiento de las regulaciones necesaria. Para el cumplimiento de esta, se realiza el Plan Operativo Anual el cual es realizado por el Servicio Nacional de Salud, los cuales</p>	
---	--	--

<p>5. Involucrar a los políticos y otros grupos de interés en el desarrollo del sistema de gestión de la organización.</p> <p>6. Mantener relaciones periódicas y proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas adecuadas.</p> <p>7. Desarrollar y mantener alianzas y trabajos en red con grupos de interés importantes (ciudadanos, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), grupos de presión y asociaciones profesionales, industrias, otras autoridades públicas, etc.).</p>	<p>tienen estandarizados las metas, recursos necesarios y las actividades a realizar por todas las instituciones de salud del estado, las cuales darán respuesta a las estrategias nacional de desarrollo y políticas públicas.</p> <p>Evidencia: Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo Anual, Balance Score Card.</p> <p>Para la elaboración de las estrategias del centro, el Plan Estratégico Institucional, el HPHM convoca a todos los grupos de interés para la definición de las nuevas estrategias, la misión y nueva visión del centro. En estas están definidos los nuevos objetivos del centro, los cuales darán respuesta a las necesidades de los grupos de interés y sus observaciones.</p> <p>Evidencia: Reuniones con fotografías de y minuta para la elaboración del PEI.</p> <p>Evidencia: Acuerdos y Convenios con instituciones. Listado de asistencia, fotos y minutas de visitas y reuniones.</p> <p>El HPHM mantiene y desarrolla las alianzas proactivas con autoridades políticas y con grupos de interés, incluyendo comunitarios, Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS), SIMUDIS, Consejo Nacional de la Niñez (CONANI), CRUZ ROJA, Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), OPERACION</p>	
---	--	--

<p>8. Participar en las actividades organizadas por asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p> <p>9. Construir y promover el conocimiento público, reputación y reconocimiento de la organización y sus servicios.</p>	<p>SONRISA, Fundación Cruz Jiminian, Fundación Óptica Oviedo, Ministerio Publico, Universidad Autónoma Santo Domingo (UASD), Laboratorio de Referencia. Participan en actividades con las ARS, Ministerio de Medio Ambiente, FUNGLODE, Banreservas, entre otras.</p> <p>Evidencia: Firmas y Acuerdos con cada una de las instituciones antes mencionadas.</p> <p>La dirección el HPHM participa activamente en las actividades de asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de interés. CMD, Asociación de Profesores del Distrito de la zona, Fundación Global Democracia y Desarrollo (FUNGLODE), Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología, etc.</p> <p>Evidencia: Fotos y listado de asistencia.</p> <p>A través de los diferentes medios y canales de comunicación, el HPHM de la mantiene una participación activa con publicaciones en página web y redes sociales como twitter, Instagram y Facebook, tratan en la medida de lo posible que la organización y los servicios que prestan obtengan buena reputación y reconocimiento público. También a través de la página web, en transparencia</p>	
---	---	--

<p>10. Desarrollar un concepto específico de marketing para productos y servicios, que se centre en los grupos de interés.</p>	<p>se puede visualizar los resultados de los servicios ofrecidos por el centro.</p> <p>Evidencia: Fotos, Plan de comunicación, Artículos.</p> <p>Existe un concepto de marketing basado en el uso de las redes sociales como Facebook, Twitter, Pagina Web y otros medios de comunicación, fomentado en un <u>plan de comunicaciones</u></p> <p><u>Evidencia: Plan de comunicación, Redes sociales, artículos pagina web.</u></p>	
--	---	--

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACION

Considerar lo que la organización está haciendo para:

SUBCRITERIO 2.1. Reunir información sobre las necesidades presentes y futuras de los grupos de interés así como información relevante para la gestión.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Identificar a todos los grupos de interés relevantes y comunicar los resultados a la organización en su conjunto.</p>	<p>La sub dirección de planificación y desarrollo ha elaborado y lleva a cabo una política para la gestión de los grupos de interés. También para se tiene la matriz de grupo de interés, donde se detallan las necesidades y expectativas de estos y los diferentes mecanismos que tiene el centro para dar respuesta a estos. Periódicamente se realizan reuniones entre las partes, para comunicar la satisfacción de estos y los cambios presentados por la organización en cuanto a los servicios.</p>	

<p>2. Recopilar, analizar y revisar de forma sistemática la información sobre los grupos de interés, sus necesidades y expectativas y su satisfacción.</p> <p>3. Recopilar, analizar y revisar de forma periódica la información relevante sobre variables político- legales, socio-culturales, medioambientales, económicas, tecnológicas, demográficas, etc.</p>	<p>Evidencia: Matriz grupo de interés, Minuta lista de asistencia fotografía reuniones grupo de interés.</p> <p>Las informaciones sobre los grupos de interés se recogen y analizan de forma sistemática, a través de los levantamientos semanales y mensuales de los datos estadísticos del hospital, Informes de productividad de las áreas médicas y a través de las encuestas realizadas específicamente a los grupos de interés (comunidad, usuarios externos e internos).</p> <p>Evidencia: Encuesta grupo de interés, Buzones de quejas y sugerencias, Matriz de grupos de interés,</p> <p>El HPHM a través de la elaboración del Plan Estratégico Institucional se recopila, analiza y se revisa informaciones relevantes sobre variables político- legales, socio-culturales, medioambientales, económicas, tecnológicas, demográficas, etc, las cuales son utilizadas para la elaboración de estrategias con el fin de impactar de manera positiva cada una de las partes interesadas. Este conjunto a las actividades es desplegado a través de los ejes estratégicos y al Plan Operativo Anual.</p> <p>Evidencia: Plan Estratégico Institucional.</p>	
--	--	--

<p>4. Recopilar de forma sistemática información relevante de gestión, como información sobre el desempeño/desarrollo de la organización.</p>	<p>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza a través de las evaluaciones de desempeño de cada uno de los colaboradores en el cual se recolecta el cumplimiento de las actividades de cada uno de estos que contribuyen al cumplimiento de los objetivos del centro. Los indicadores de gestión son plasmados en Balanced Score Card los cuales dan respuestas a los ejes estratégicos definidos en el PEI y por ende al cumplimiento de los objetivos plasmados por la dirección y se da a conocer el desempeño y desarrollo de la organización.</p> <p>Evidencia: Balance Score Card.</p>	
<p>5. Analizar de forma sistemática las debilidades y fuerzas internas (por ejemplo con un diagnóstico GCT con CAF o EFQM) incluyendo oportunidades y amenazas (por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos).</p>	<p>En la realización del Plan Estratégico Institucional se utilizan varias herramientas para analizar las fuerzas, debilidades, oportunidades y amenazas de la institución aplicando el análisis FODA. Luego de y la autoevaluación con la Metodología CAF, además de la aplicación sistemática del PDCA, el HPHM analiza las debilidades, fuerzas y gestión de riesgo aplicando EFQM, una herramienta de excelencia de calidad. Otro aspecto a destacar es que existe una política para la gestión de riesgos donde se identifican estos por procesos y la manera de mitigarlos; esto forma parte de la aplicación del SGC bajo la norma ISO 9001:2015.</p>	

	Evidencia: Análisis FODA en el PEI, Metodología CAF, EFQM, Matriz de Riesgo,	
--	---	--

SUBCRITERIO 2.2. Desarrollar la estrategia y la planificación, teniendo en cuenta la información recopilada.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Traducir la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) y acciones basadas en un profundo análisis de riesgos.</p>	<p>El HPHM a través de su plan estratégico impregna y define su misión y visión, estableciendo los métodos y objetivos para alcanzarlos. En este plan estratégico se analizan los riesgos, amenazas, fuerzas y oportunidades, con el fin de tomar acciones para poder lograr las metas establecidas. Gracias a la implementación del SGC bajo la norma ISO 9001:2015 se elaboró la política de gestión de riesgos, la cual define las líneas para abordarlos a través de los diferentes procesos establecidos y levantados. A través del plan operativo anual POA se establecen las actividades las cuales dan respuesta a cada eje estratégico cuyos indicadores de cumplimiento están orientados a la misión y objetivos del HPHM y que son medidos en el Balance Score Card.</p> <p>Evidencia: PEI, POA, FODA.</p>	
<p>2. Involucrar los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, equilibrando y dando prioridad a sus expectativas y necesidades.</p>	<p>Para la elaboración del Plan Estratégico Institucional del HPHM, en el cual se definen también la misión visión y valores, el centro convoca a los grupos de interés, los cuales deciden en conjunto con los colaboradores cual será la nueva línea estratégica que tomará el hospital, basado en las necesidades</p>	

<p>3. Evaluar las tareas existentes en cuanto a productos y servicios facilitados (outputs) e impacto – los efectos conseguidos en la sociedad – (outcomes) y la calidad de los planes estratégicos y operativos.</p> <p>4. Asegurar la disponibilidad de recursos para desarrollar y actualizar la estrategia de la organización.</p>	<p>y expectativas de estos, y las estrategias nacionales de desarrollo. Estas actividades están definidas en la política para la elaboración del PEI establecidas por el HPHM</p> <p>Evidencia: Minutas, listado de asistencia y fotografía Participación de los grupos de interés en la realización del PEI.</p> <p>A través de estudio de impacto de los servicios hospitalarios, y estudios de costo-efectividad la organización evalúa las tareas existentes, ejemplo son evaluación de los servicios, resultados encuestas de hogares.</p> <p>Evidencia: POA</p> <p>De forma anual, el HPHM el presupuesto de la institución, donde se detallan las partidas financieras y el monto asignado a cada una. Esto se realiza con el fin de asegurar y controlar la disponibilidad de recursos financieros para el desarrollo y ejecución de las actividades de la organización y por ende que den respuesta positiva al cumplimiento de las metas. La ejecución de este presupuesto es evaluada trimestralmente para validar de que se esté llevando a cabo de acuerdo a lo planificado. También el hospital realiza el plan anual de compras y contrataciones el cual guarda relación con el presupuesto, donde se describen todas las compras y las contrataciones que se harán durante cada año, donde también tiene el</p>	
--	---	--

<p>5. Equilibrar las tareas y los recursos, las presiones sobre el largo y corto plazo y las necesidades de los grupos de interés.</p> <p>6. Desarrollar una política de responsabilidad social e integrarla en la estrategia y planificación de la organización.</p>	<p>mismo propósito de asegurar las disponibilidades siempre de recursos para el desarrollo de las actividades del centro.</p> <p>Evidencia: Presupuesto, Actividades de POA presupuestadas, Informes de las ejecuciones presupuestarias.</p> <p>En la elaboración del Plan Operativo Anual el HPHM describe todas las actividades que se realizara durante el año presupuestando el costo y los recursos necesarios para su ejecución, tomando en cuenta que estas actividades responden una planificación que están alineados con metas y la satisfacción de las necesidades de los grupos de interés. Estas actividades de corto mediano y largo plazo, son planificadas en el plan estratégico institucional la cual también tiene la planificación de como se llevará acabo el cumplimiento de los objetivos y los recursos necesarios.</p> <p>Evidencia: Actividades del POA presupuestadas, PEI, POA.</p> <p>Como parte del compromiso del hospital con la sociedad, los desechos generados son manejados bajo la política y el manual del manejo de desechos, el cual describe los pasos a seguir para la manipulación de esto evitando contaminación al medio ambiente. En otra parte, se planificó y se ejecuto la compra y contratación de COWAY el cual utiliza el agua proveniente de los acueductos, es pasada por un proceso de</p>	
---	---	--

	<p>potabilización para el consumo humano, evitando así la compra de botellones de agua. el programa de verano a jóvenes sobresalientes de escuelas de la comunidad, Patrocinios de becas a jóvenes universitarios, son un indicador de la existencia de una política sobre responsabilidad social institucional</p> <p>Evidencia: Política Acción Afirmativa, Pro, Manual de desechos hospitalarios, Programa de verano.</p>	
--	---	--

SUBCRITERIO 2.3. Comunicar e implementar la estrategia y la planificación en toda la organización y revisarla de forma periódica.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Implantar la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</p> <p>2. Traducir los objetivos estratégicos y operativos de la organización a sus correspondientes planes y tareas para las unidades y todos los individuos de la organización.</p> <p>3. Desarrollar planes y programas con objetivos con objetivos y resultados para cada unidad, con indicadores que establezcan el nivel de cambio a conseguir (resultados esperados).</p>	<p>El HPHM implanta la estrategia a través de su estructura organizativa, la definición de los procesos y los planes estratégico y operativo, utilizando la herramienta de medición de indicadores Balance Score Card, el cual da respuesta a cada eje estratégico definidos en el Plan Estratégico Institucional. Esta herramienta permite medir de manera constate el logro de los objetivos y los proyectos establecidos por el centro.</p> <p>Evidencia: Manual de funciones del hospital. Balance Score Card.</p> <p>Los objetivos estratégicos y operativos del HPHM son traducidos a través del Plan Operativo Anual, el cual describe las actividades a realizar por cada uno de los individuos y grupos de trabajo del centro. Estas tareas y actividades son socializadas y entregadas a cada uno de estos para su entendimiento y el significado del cumplimiento de estos objetivos.</p> <p>Evidencia: POA, Acuerdos de desempeño.</p> <p>El Plan Estratégico y el Operativo describen los planes y programas con los objetivos y los resultados deseados a alcanzar. Cada uno de estos posee indicadores el cual es</p>	

<p>4. Comunicar de forma eficaz los objetivos, planes y tareas para su difusión dentro de la organización.</p>	<p>monitoreado en el balance score card que permite ver en tiempo real el nivel de cumplimiento de los objetivos y de las actividades plasmadas en los planes. Los grupos de trabajos y colaboradores por individuales encargados de estas actividades dan respuesta a cada uno de estos objetivos.</p> <p>Evidencia: Plan Operativo Anual, PEI, Balance score Card.</p> <p>El HPHM a través de reuniones con los líderes y encargados de procesos, también con los distintos comités que operan dentro de la institución, se comunica y se difunden los objetivos y planes de trabajo establecidos por la alta dirección en conjunto con los grupos de interés. Estos a su vez comunican a los demás colaboradores con el fin de que todos colaboren al cumplimiento de los objetivos. También en toda la infraestructura del centro se plasman la misión visión y valores, recordando cual es fin de la institución. No obstante, se realizan concursos de misión, visión y valores, en el cual se premian a los grupos de trabajos que modelen mejor cada uno de estos, el cual es una manera de comunicar e incentivar a todos los colaboradores del centro.</p> <p>Evidencia: Reuniones Comités y equipos de trabajo, Correo institucional, Letreros y murales, Acuerdos de desempeño.</p>	
--	---	--

<p>5. Desarrollar y aplicar métodos para la monitorización, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización a todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama), para asegurar la implementación de la estrategia.</p>	<p>Desde la sub dirección de planificación y desarrollo, la gerencia de calidad, realiza auditorias periódicamente en los diferentes procesos, en el cual los resultados de estos dan respuesta a niveles de cumplimiento de los diferentes indicadores establecidos. Estos a su vez, son plasmados en el Balance Score Card, el cual es la herramienta utilizadas por el HPHM para medir y monitorear el nivel de cumplimiento de los objetivos a través de los indicadores de gestión, que están alineados y dan respuesta a los ejes estratégicos y por ende al cumplimiento de las estrategias.</p> <p>Evidencia: Auditorias, Recolección de datos estadísticos, Balance score card.</p>	
<p>6. Desarrollar y aplicar métodos de medición del rendimiento de la organización a todos los niveles en términos de relación entre la “producción” (productos/ servicios y resultados) (eficacia) y entre productos/ servicios e impacto (eficiencia).</p>	<p>El HPHM a través del tablero de mandos y la matriz/reporte del 67^a, mide de manera mensual los niveles de producción de los servicios ofrecidos y brindados por el centro. No obstante, a través de las encuestas de satisfacción y los buzones de sugerencias y quejas, se verifica el impacto que han tenido estos servicios a los grupos de interés.</p> <p>Evidencia: Reporte 67^a, buzones de quejas y sugerencias, encuestas de satisfacción, Auditoria.</p>	
<p>7. Evaluar las necesidades de reorganización y mejorar las estrategias y métodos de planificación, involucrando los grupos de interés.</p>	<p>A través de las encuestas realizadas a los grupos de interés del HPHM y durante la revisión de la matriz de estos, se evalúa si los</p>	

	<p>servicios y estrategias plasmadas por el centro están dando respuesta satisfactoria a estos. Por eso a través de la política de Gestión de los Grupos de Interés se tiene plasmado las reuniones periódicamente con los grupos de interés para evaluar si es necesario hacer cambios dentro de las estrategias.</p> <p>Evidencia: Encuestas de satisfacción grupos de interés, Política de Gestión de grupo de interés. Reuniones grupos de interés.</p>	
--	--	--

SUBCRITERIO 2.4. Planificar, implantar y revisar la innovación y el cambio.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Crear y desarrollar una cultura para la innovación a través de la formación, el benchlearning y la creación de laboratorios del conocimiento.</p>	<p>A través del comité de innovación, el cual también realiza de manera anual el concurso de innovación, el HPHM crea e incentiva una cultura de innovación a todos los niveles dentro del centro. También, está el Circulo de Desarrollo Gerencial en el cual se capacita y se desarrollan líderes dentro de la institución. También se realizan de manera sistemática Benchmarking y Benchlearnings con diferentes instituciones del país, con el fin de adquirir conocimientos en buenas prácticas que funcionen dentro de la estructura del centro. Estos conocimientos de innovación y casos del día a día presentados en el área de salud, son compartidos en la INTRANET del centro el</p>	

	<p>cual todos los colaboradores tienen acceso para poder leer y aprender de estas prácticas.</p> <p>Evidencia: Intranet como banco de conocimiento, Circulo de Desarrollo Gerencial, Benchlearning, Centro de Investigación.</p>	
<p>2. Monitorizar de forma sistemática los indicadores internos para el cambio y de la demanda externa de innovación y cambio.</p>	<p>A través de las estadísticas recopiladas del sistema de Gestión Administrativa y reportadas en el 67ª, se evalúa los niveles de producción el cual revelan las variaciones de las demandas. Con estas informaciones el comité de calidad y el comité ejecutivo del HPHM realizan acciones de mejoras para innovar y cambiar los procesos y los servicios ofrecidos por el centro. Estas informaciones también sirven de ayuda para que el comité de innovación y los participantes realicen propuestas innovadoras de los procesos.</p> <p>Evidencia: Reportes 67ª, Tablero de mando.</p>	
<p>3. Debatir sobre la innovación y la modernización planificada y su implementación con los grupos de interés relevantes.</p>	<p>Toda la planificación, actividades y cambios realizados dentro del HPHM son socializados con los grupos de interés, el cual también están presente durante la implementación de cada cambio e innovación realizado.</p> <p>Evidencia: Reuniones con los grupos de interés, Política Gestión grupo de interés, Concurso de innovación.</p>	

<p>4. Asegurar la implantación de un sistema eficiente de gestión del cambio. (Por ejemplo: gestión por proyectos, benchmarking, benchlearning, proyectos pilotos, monitorización, informes de progreso, implementación del PDCA, etc.).</p>	<p>El HPHM cuenta con el procedimiento Gestión del Cambio en el cual se definen todas las actividades a realizar para la implementación eficiente de los cambios dentro de la organización. No obstante, a esto, gracias a las experiencias realizadas en la implementación CAF y como parte de cultura de mejora continua, se utiliza la metodología PDCA para cada uno de los proyectos se requieren implementar.</p> <p>Evidencia: Política Gestión del cambio, Benchmarking y benchlearning, Metodología CAF y EFQM .</p>	
<p>5. Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.</p>	<p>Para asegurar la disponibilidad para los cambios planificados dentro del HPHM son tomados en cuenta en primera instancia en el POA, en segundo lugar, es tomado en cuenta en el Plan Anual de Compras y Contrataciones y por ultimo también en el presupuesto anual, donde todo está conectado y alineado para que estén siempre disponible los recursos para la implementación de proyectos y cambios dentro del hospital.</p> <p>Evidencia: Presupuesto institucional, Plan Anual de Compras y Contrataciones.</p>	
<p>6. Establecer el equilibrio entre un enfoque para el cambio de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.</p>	<p>Se establece el equilibrio entre un enfoque de arriba hacia abajo a través de la comunicación constante por medio de correos, reuniones, circulares y grupos de WhatsApp. Dentro del HPHM se ha creado</p>	

	<p>la cultura de puertas abiertas donde los colaboradores de más bajo nivel pueden acceder a los directivos de manera directa.</p> <p>Evidencia: Programas ponte en mis zapatos y un día con la directora. Política Gestión del Cambio.</p>	
<p>7. Promover el uso de herramientas de administración electrónica para aumentar la eficacia de la prestación de servicios y para mejorar la transparencia y la interacción entre la organización y los ciudadanos/clientes.</p>	<p>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza promueve el uso de herramientas de administración como son el Sistema de Gestión Administrativo el cual permite tener más eficiencia y eficacia en el área de emergencia el cual posee un módulo para la atención en triage, y recopilar todos los datos de los pacientes (historia clínica, sexo, edad, etc.) los cuales pueden ser observados de manera digital e instantánea en cualquier parte del centro donde estos pacientes reciben atención, que por último, estas informaciones son analizadas para dar respuesta a los reportes de transparencia que son colocados en la página web del centro, donde todos los ciudadanos pueden acceder y ver los datos estadísticos. Dentro de la página web, son colocados la cartera de servicios en conjunto a los horarios de atención, donde los ciudadanos pueden observar todos los servicios ofrecidos por el centro, y realizar citas para consultas a través de la aplicación Hospital Hugo Mendoza App en todos los sistemas de celular.</p> <p>Evidencia: Sistema SGA, Pagina web, intranet, sistema de turno Hugo Cola.</p>	

	Aplicación Hugo Mendoza APP. Línea 311.	
--	--	--

CRITERIO 3: PERSONAS

Considerar lo que hace la organización para:

SUBCRITERIO 3.1. Planificar, gestionar y mejorar los recursos humanos de acuerdo a la estrategia y planificación de forma transparente.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Analizar periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los grupos de interés y de la estrategia de la organización.	El HPHM analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos mediante el nivel de cumplimiento de los acuerdos de desempeño realizados a los colaboradores actuales de la organización. Dentro de la definición de la estrategia, en la elaboración de la misión visión y valores, los cuales son realizados en conjunto con los grupos de interés, se planifica los recursos humanos necesarios para lograr y cumplir con los objetivos establecidos en la visión. De igual forma, se realizan encuestas de clima laboral en la cual se perciben los niveles de satisfacción de los colaboradores y sus necesidades	

<p>2. Desarrollar e implementar una política de gestión de recursos humanos, basada en la estrategia y planificación de la organización, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro, así como criterios sociales (por ejemplo: flexibilidad de horario, permiso de paternidad y maternidad, excedencias, igualdad de oportunidades, diversidad cultural y género, inserción laboral de personas con discapacidad).</p> <p>3. Asegurar que las capacidades de las personas (selección, asignación, desarrollo) son las adecuadas para desarrollar la misión, así como que las tareas y responsabilidades están correctamente repartidas.</p>	<p>Evidencia: Evaluaciones acuerdo de desempeño, Resultados de las Encuesta clima laboral.</p> <p>El HPHM cuenta con el manual de proceso de Gestión Humana en el cual están descritos todos los sub procesos que lo componen: Selección y reclutamiento, capacitación, evaluación del desempeño, nomina, entre otros. En adición a esto se tiene Política de Inclusión laboral, el cual, gracias al cumplimiento de esta política y contratación de colaboradores con discapacidad, el centro fue reconocido medalla de plata en el marco de Sello RD Incluye por parte del CONADIS y el PNUD.</p> <p>Evidencia: Manual de Funciones HPHM, Manual de procesos Gestión Humana, Política inclusión laboral</p> <p>La Sub Dirección de Recursos Humanos asegura las capacidades de las personas para el cumplimiento de las actividades dentro del centro con las descripciones de todos los puestos que existen dentro de la organización, en el cual se describen las competencias necesarias para asumir el puesto y las funciones y responsabilidades a desarrollar en este. También todos los colaboradores son evaluados con la evaluación de desempeño por competencias y régimen ético, el cual da respuesta a que cada uno de ellos están alineados y</p>	
--	--	--

<p>4. Desarrollar e implementar una política clara de selección, promoción, remuneración, reconocimiento, recompensa y asignación de funciones de gestión, con criterios objetivos.</p> <p>5. Apoyar la cultura del desempeño (por ejemplo, implementando un esquema de remuneración/reconocimiento transparente, basado en resultados conseguidos de forma individual y en equipo).</p>	<p>contribuyendo al logro de los objetivos plasmados.</p> <p>Evidencia: Perfiles de puestos, Acuerdos de desempeño.</p> <p>El Hospital Pediátrico Hugo Mendoza posee un Diccionario de Competencias que forma parte de un sistema de Evaluación del Desempeño basado en tres componentes, Competencias, Logro de Metas o Resultados y Régimen Ético y Disciplinario, en el cual se reconoce a los colaboradores que cumplan con los más altos estándares y es tomado en cuenta para posibles promociones.</p> <p>Evidencia: Diccionario de competencias, Evaluación del Desempeño basado en tres componentes, Competencias, Logro de Metas o Resultados y Régimen Ético y Disciplinario, Política de promoción y reconocimiento a colaboradores.</p> <p>Con la creación de la política de reconocimiento a empleados meritorios, el HPHM reconoce a los colaboradores de distintas áreas. Esta práctica ha sido actualizada ya que se reconoce a los grupos de trabajo que modelen mejor los valores de la institución. A esta también se le une la Milla Extra, el cual reconoce aquellos colaboradores que van más allá de sus actividades y sus responsabilidades. Como</p>	
--	--	--

<p>6. Utilizar perfiles de competencia y descripciones de puestos y funciones para a) seleccionar y b) para los planes de desarrollo personal, tanto para empleados como para directivos.</p>	<p>parte de la cultura del desempeño se crea el sistema de Evaluación del Desempeño basado en tres componentes, Competencias, Logro de Metas o Resultados y Régimen Ético y Disciplinario, en el cual se reconoce a los colaboradores.</p> <p>Evidencia: Política de reconcomiendo, milla extra, concurso de innovación, concurso misión visión y valores, reconocimiento a equipos de trabajo por modelar los valores del centro.</p> <p>Para contar un personal competente en cada una de las áreas y procesos del centro, se tiene descrito el manual de funciones, donde se describen las funciones a realizar por los cargos que ocupan los puestos. No obstante, como parte de reforzar el cumplimiento de estas funciones, está diseñado las descripciones de puestos, los cuales describen funciones, responsabilidades y habilidades que deben tener los colaboradores. Estas descripciones de puestos son tomadas en cuenta para la contratación o promoción de algún colaborador, el cual deben de cumplir con los criterios establecidos como son experiencia de trabajo en el puesto, habilidades, conocimientos adquiridos y/o estudios realizados necesarios para aplicar a estos. Al momento de existir una vacante se realizan concursos tanto internos como externos, con los perfiles de puestos publicados, donde pueden participar diferentes personas distintas vías.</p>	
---	--	--

<p>7. Prestar especial atención a las necesidades de los recursos humanos, para el desarrollo y funcionamiento de los servicios on-line y de administración electrónica (por ejemplo: ofreciendo formación e infraestructura.</p> <p>8. Gestionar el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, orientación sexual, discapacidad, edad, raza y religión).</p>	<p>Evidencia: Descripciones y perfiles de puestos, Manual de funciones del HPHM.</p> <p>El HPHM Cuentan con una Aula virtual (Sistema Moodle), donde se capacita y se inicia el proceso de inducción al personal de nuevo ingreso. El centro cuenta con la plataforma de INTRANET en donde se publican las experiencias y artículos de desarrollo para todo el personal.</p> <p>Evidencia: Levantamiento de necesidades de capacitaciones a través del plan de capacitación, Intranet, Aula virtual con el sistema Moodle.</p> <p>El Proceso de selección y desarrollo se gestiona con criterio de justicia y atención a la diversidad, a través de la política de Acción Afirmativa, prevención del acoso laboral (mobbing), acoso sexual. Estas acciones han hecho que el HPHM sea un hospital inclusivo lo cual ha llevado a que sea reconocido en medalla de plata en el Sello RD Incluye.</p> <p>Evidencia: Política de Acción Afirmativa. Talleres para prevención de acoso laboral.</p>	
---	---	--

SUBCRITERIO 3.2. Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de las personas en consonancia con los objetivos tanto individuales como de la organización.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
----------	--------------------------------------	-----------------

<p>1. Identificar las capacidades actuales de las personas, tanto en el plano individual como organizativo, en términos de conocimiento, habilidades y actitudes y compararlas sistemáticamente con las necesidades de la organización.</p>	<p>Las capacidades de los colaboradores del centro son identificadas a través de la evaluación del desempeño (evaluación por competencias y régimen disciplinario), la cual arroja resultados de los colaboradores en el cumplimiento de las actividades y proyectos que aportan al cumplimiento de los objetivos. En base a esto y otras medidas, se elabora el plan de capacitación, medio a través del cual desarrollan actividades de formación orientadas a fortalecer el personal en temas de gestión y liderazgo y de aquellos propios que impactan la misión de la organización.</p> <p>Evidencia: Evaluaciones de los acuerdos de desempeño, perfiles de puestos.</p>	
<p>2. Debatir, establecer y comunicar una estrategia para desarrollar capacidades. Esto incluye un plan general de formación basado en las necesidades actuales y futuras de la organización y de las personas.</p>	<p>Cada año se realiza el plan anual de capacitación, en el cual se detectan las necesidades de los colaboradores por cada área en específico, los cuales son colocados para desarrollar a estos en distintas capacidades. En adición a esto, a través de los resultados de los acuerdos de desempeño, son tomadas en cuenta para agregar elementos no detectados para el plan de capacitación. Para el desarrollo de este proceso, se toma en cuenta la visión y los objetivos del centro, los cuales aportarían al desarrollo del personal para el cumplimiento de estos a corto y mediano plazo</p>	

	Evidencia: Plan Anual de Capacitación. Informes de detección de necesidades.	
3. En línea con la estrategia desarrollar, consensuar y revisar planes de formación y planes de desarrollo para todos los empleados y/o equipos, incluyendo la accesibilidad a los mismos para los trabajadores a tiempo parcial y los trabajadores con permiso de maternidad/paternidad. El plan de desarrollo personal de competencias debería formar parte de una entrevista de desarrollo laboral, ofreciendo así un espacio donde ambas partes puedan retroalimentarse y compartir expectativas.	La organización desarrolla y promueve métodos modernos de formación, como el Aula Virtual bajo la herramienta Moodle. También El centro cuenta con la plataforma de INTRANET en donde se publican las experiencias y artículos de desarrollo para todo el personal. Esto está disponible las 24 horas al día, de manera virtual y en línea, donde los colaboradores pueden acceder y realizar retroalimentación de los contenidos expuestos en estas plataformas. Evidencia: Aula Virtual, Intranet, SGA, Maestría de enfermeras, Plan de capacitación. .	
4. Desarrollar habilidades gerenciales y de liderazgo así como competencias relacionales de gestión relativas a las personas de la organización, los ciudadanos/clientes y los socios/colaboradores.	A través del Circulo de Desarrollo Gerencial, se desarrollan habilidades de liderazgo para todos los líderes y también los colaboradores que han sido identificados como posibles líderes. La organización realiza capacitaciones constantes sobre liderazgo y coaching empresarial a través de la coach contratada por el centro, la cual da seguimiento constante a esos líderes y el desarrollo de futuros líderes. Evidencia: Talleres de liderazgo y coaching, Circulo de desarrollo Gerencial	
5. Liderar (guiar) y apoyar a los nuevos empleados (por ejemplo, por medio del acompañamiento individualizado (coaching), la tutoría o la asignación	A través de la coach contratada por el centro, la cual da seguimiento constante a esos líderes y el desarrollo de futuros	

de un mentor).	líderes. Este también, de manera individual asiste, motiva y acompaña a los colaboradores que requieran esa atención especial y los cuales no soliciten. Evidencia: procedimiento de Inducción, Talleres de Coaching, Talleres de inducción.	
6. Promover la movilidad interna y externa de los empleados.	A través de los informes sobre la evaluación de desempeño y de capacitación, se promueve la movilidad interna de los colaboradores, motivando así a recurrir al uso de los colaboradores, reconocimiento de sus esfuerzos, disminuyendo así las contrataciones a vacantes dentro del centro Evidencia: Política de promoción y remoción, Evaluaciones de los acuerdos de desempeño.	
7. Desarrollar y promover métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).	La organización desarrolla y promueve métodos modernos de formación, como el Aula Virtual bajo la herramienta Moodle y también a través de la INTRANET del centro. Evidencia: Aula Virtual herramienta Moodle, Intranet.	
8. Planificar las actividades formativas y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.	El HPHM planifica y desarrolla actividades sobre los temas de Ética a través del Comité de Ética el cual es evaluado por la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG). La	

	<p>organización posee una Política de Prevención de Conflictos de Intereses y también cuenta con el programa de bienestar de los colaboradores PABE, los cuales dan cabida a todos los colaboradores.</p> <p>Evidencia: Talleres sobre Ética, Conflicto de Interés. Plan de Capacitación.</p>	
<p>9. Evaluar el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros, en relación con el costo de actividades, por medio de la monitorización y del el análisis costo/beneficio.</p>	<p>Las actividades formativas son evaluadas de manera trimestral, en el cual se verifica el cumplimiento del plan de capacitación a la fecha, el total de hora de las capacitaciones en comparación al total planificado, así como también el impacto en conocimientos de los colaboradores.</p> <p>Evidencia: Evaluaciones del plan de capacitación y los resultados arrojados de las evaluaciones de desempeños de los colaboradores de bajo rendimiento y que han recibido capacitación.</p>	
<p>10. Revisar la necesidad de promover carreras para las mujeres y desarrollar planes en concordancia.</p>	<p>El HPHM cuenta con gran participación de las mujeres como parte fundamental para el desarrollo de la institución. Desde la alta dirección se promueve a través de charlas y talleres la igualdad de género y la oportunidad laboral sin distinción de raza, color, genero, condición social, etc.</p> <p>Evidencia: Cantidad de Mujeres con puestos gerenciales (49% de las mujeres tienen puesto de coordinación y gerencial.) (Acciones de personal)</p>	

--	--	--

SUBCRITERIO 3.3. Involucrar a los empleados por medio del diálogo abierto y del empoderamiento, apoyando su bienestar.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Promover una cultura de comunicación abierta, de diálogo y de motivación para el trabajo en equipo.</p>	<p>En el HPHM se promueve una cultura de comunicación, dialogo abierto y trabajo en equipo, para esto se cuenta con un instructivo para la realización de reuniones efectivas, a través de los distintos comités, también a través de una cultura ya implementada y efectiva de puertas abiertas, charlas, y grupos de WhatsApp con distintos grupos de trabajos para la motivación de estos y sus líderes.</p> <p>Evidencia: Instructivo realización de reuniones. Acta constitutiva comités de trabajo. Comunicación a través de correo electrónico, reuniones, WhatsApp, entre otras.</p>	
<p>2. Crear de forma proactiva un entorno que propicie la aportación de ideas y sugerencias de los empleados y desarrollar mecanismos adecuados (por ejemplo, hojas de sugerencias, grupos de trabajo, tormenta de ideas (brainstorming)).</p>	<p>Dentro de la organización, en distintas áreas específica, se tienen buzones de sugerencias para los colaboradores internos, donde estos pueden colocar quejas y sugerencias para la mejora de procesos e infraestructura, y/o cualquier inquietud con el centro. Estos son revisados por Gestión Humana, se evalúan y se toman acciones correctivas en casos aplicables. En adición a estos, se realizan encuestas de clima laboral donde los colaboradores pueden expresar sus sugerencias e ideas. A través de</p>	

	<p>reuniones con los distintos grupos focales, puertas abiertas y concursos de innovación, los colaboradores pueden expresar sugerencias, opiniones y elaborar propuestas de mejoras.</p> <p>Evidencia: Buzones Internos de Sugerencias, Encuesta de Clima Laboral, Reuniones de Gerentes y colaboradores, Reuniones comités.</p>	
<p>3. Involucrar a los empleados y a sus representantes en el desarrollo de planes, (por ejemplo sindicatos) en el desarrollo de planes, estrategias, metas, diseño de procesos y en la identificación e implantación de acciones de mejora.</p>	<p>Para la realización del Plan Estratégico Institucional y el operativo Anual, se realizan talleres con los colaboradores de distintas áreas y demás conglomerados que forman parte de los grupos de interés del HPHM, en el cual cada uno de estos aportan ideas y sugerencias para el diseño, establecimiento de metas y acciones de mejoras que pueden colaborar al cumplimiento de estos.</p> <p>Evidencia: Reuniones con fotos y listado de participantes de colaboradores y grupos de interés.</p>	
<p>4. Procurar el consenso/acuerdo entre directivos y empleados sobre los objetivos y la manera de medir su consecución.</p>	<p>Para la realización de los acuerdos de desempeño por competencias y logros de objetivos, los líderes de cada área y proceso se reúnen con sus colaboradores para socializar las actividades y metas a cumplir dentro del periodo. Esto queda en total acuerdo, el cual tanto el colaborador como el líder firman este acuerdo como forma de validación de que ambas partes están aceptando las actividades y objetivos a cumplir. Una vez que se cumple el periodo</p>	

	<p>de evaluación y ejecución, se realiza una revisión de estas actividades y el nivel de cumplimiento que esta tiene a la fecha, donde este porcentaje es colocado por valoración del acuerdo y logro de objetivo.</p> <p>Evidencia: Acuerdos de desempeño firmado por los colaboradores y el supervisor inmediato (Socialización de estos) Reuniones Grupos de Interés elaboración del PEI.</p>	
<p>5. Realizar periódicamente encuestas a los empleados y publicar sus resultados, resúmenes, interpretaciones y acciones de mejora.</p>	<p>La unidad de estadísticas realiza, analiza y elabora el informe de las encuestas de clima laboral del HPHM. Los resultados arrojados dentro de estas, son socializados tanto con los directivos y como con cada uno de los líderes de procesos, esto con el fin de tomar acciones correctivas al igual que desde la gestión humana.</p> <p>Evidencia: Encuestas clima laboral.</p>	
<p>6. Asegurar que los empleados tienen la oportunidad de opinar sobre la calidad de la gestión de los recursos humanos por parte de sus jefes/directores directos.</p>	<p>Los colaboradores del HPHM tienen la oportunidad de dirigirse tanto a la directora general, como a todos los altos directivos, gracias a la cultura establecida de puertas abiertas, dándole acceso y empoderamiento de poder opinar sobre la calidad de la gestión de recursos humanos, así como cualquier otra gestión o tópico al que quieran referirse. Esto genera a que todos los colaboradores formar parte de la mejora continua, así como de ser escuchado y que sus propuestas sean implementadas. También tienen acceso a través de los</p>	

	<p>buzones de quejas y sugerencias de los colaboradores, las cuales son retirados por un equipo y analizado desde la gestión de recursos humanos. Es importante destacar, que, durante la elaboración del Plan Estratégico, se realizan talleres en el cual los colaboradores forman parte de estas actividades y también se envían encuestas a todos los colaboradores para la elección de la misión visión y valores para estos.</p> <p>Evidencia: Buzones de quejas y sugerencias internos para los colaboradores. Política de Puertas Abierta. Propuestas de Mejoras a través del concurso de innovación.</p>	
<p>7. Asegurar buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos de seguridad laboral.</p>	<p>Es importante que gestión humana asegure buenas condiciones ambientales donde se desenvuelven los colaboradores, para esto, a través del comité de bioseguridad, se realizan inspecciones y actividades para asegurar que no existan condiciones inseguras en las áreas laborales. También, se cuenta con la una Unidad de Salud Ocupacional, que realiza planes y acciones para asegurar la salud de los colaboradores como es la ergonomía, jornada de vacunación y exámenes médicos. buenas condiciones ambientales en el hospital, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos de seguridad laboral. En adición a esto, está el Programa de Asistencia y Bienestar para los Empleados (PABE), donde un grupo de especialistas en diversos ámbitos de asistencia brindan sus servicios</p>	

	<p>con el objetivo de garantizar el mejor estado físico, económico, psicológico y financiero de todos los colaboradores de la institución. El PABE ofrece orientación nutricional, apoyo emocional en situaciones difíciles, educación financiera, asistencia legal y otros beneficios a los colaboradores de la institución</p> <p>Evidencia: Programa de Asistencia y Bienestar para los Empleados PABE. Unidad de Salud ocupacional, Procedimiento riesgos laborales.</p>	
<p>8. Garantizar condiciones que faciliten la conciliación de la vida laboral y personal de los empleados (por ejemplo, la posibilidad de adaptar las horas de trabajo, así como prestar atención a la necesidad de los trabajadores a tiempo parcial o en situación de baja por maternidad o paternidad, de tener acceso a la información pertinente y participar en las cuestiones de organización y formación.</p>	<p>Para garantizar condiciones que faciliten la conciliación de la vida laboral y personal de los empleados, el HPHM ha implementado Horario Flexible, donde se ajusta los horarios de los colaboradores en cierta medida, respecto a alguna necesidad personal o desplazamiento para llegar al centro. Esto da cabida a que los colaboradores puedan entrar o llegar una hora antes o después a laborar, recompensada esta con la hora de salida. También el centro posee política para las licencias por maternidad o paternidad a todos los colaboradores del centro. Cada uno de los colaboradores pueden tener acceso a los correos electrónicos institucionales instalados desde la unidad de tecnología a cada uno de estos, con el fin de estar conectados a informaciones pertinentes mientras estén fuera del centro; así como al Sistema de Gestión</p>	

	<p>Administrativo, entre otras herramientas que posee le centro.</p> <p>Evidencia: Política Licencias Médicas (paternidad y maternidad). Política Horario Flexible. Intranet</p>	
<p>9. Prestar especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p>	<p>El centro es reconocido por sus actividades y programas de inclusión laboral, como evidencia de esto, a través de la política de acción afirmativa se le que se presta atención a los empleados más desfavorecidos o con discapacidad, en esta se detallan lo necesario y pautas para la contratación del personal con condiciones especiales para laborar en la institución. También, durante todo el año se realizan actividades sobre Mobbing laboral, cursos lenguaje de señas, y a través del funcionamiento del Programa de asistencia y bienestar para los empleados PABE.</p> <p>Evidencia: Talleres de Mobbing y acoso laboral, Cursos Lenguaje de señas, Programa de Asistencia y Bienestar para los Empleados PABE, Política Inclusión Laboral y Acción Afirmativa.</p>	
<p>10. Proporcionar planes y métodos adaptados para premiar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la planificación y revisión de los beneficios de las actividades sociales, culturales y deportivas, centradas en la salud y bienestar).</p>	<p>Desde la Gestión Humana, se cuenta con un procedimiento para el reconocimiento al mérito, denominado Programa de reconocimiento a la Excelencia, el cual se establecen las pautas para premiar y reconocer de forma no monetaria a los colaboradores del centro. En adición a esto,</p>	

	<p>se reconocen a los grupos de trabajos que modelen mejor los valores del centro, donde se les entrega una estatuilla y son publicados en el mural de reconocimientos. De manera individual, a través de la MILLA EXTRA se reconocen aquellos colaboradores realizan un esfuerzo más allá de sus funciones.</p> <p>Evidencia: La Milla Extra, Concurso de Innovación, Reconocimiento Misión Visión y Valores.</p>	
--	---	--

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS

Considerar lo que la organización hace para:

SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Identificar socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público y establecer el tipo de relaciones (por ejemplo: compradores, proveedores, suministradores, co-productores, proveedores de productos de sustitución o complementarios, propietarios, fundadores, etc.).</p>	<p>Los proveedores son parte esencial para cualquier institución y mucho más para el HPHM, es por eso, que la institución ha creado una gran base en relación a alianzas estratégicas de diferentes sectores, que tienen un valor agregado a lo que es la funcionalidad y gestión del centro. El centro tiene acuerdo con 19 ARS, convenio con PROMESECAL el cual envía medicamentos, centro en especial para aquellos pacientes con diabetes. Convenio con el patronato de ciegos, fundación de hipertensión pulmonar, Universidades como son O&MED, INTEC, UASD, UNICARIBE UNIREMHOS, en el cual rotan los estudiantes de medicina por la</p>	

	<p>institución y también el programa de pasantías. La fundación ST Jude el cual cubren los gastos en medicina de los pacientes con cáncer y leucemias, acuerdo con la Oficina Nacional de Estadísticas, entre otras instituciones.</p> <p>Evidencia: Contratos ARS, Acuerdos y convenios con Instituciones Privada y Publicas.</p>	
<p>2. Desarrollar y gestionar acuerdos de colaboración adecuados, incluyendo los diferentes aspectos de la responsabilidad social, tales como el impacto socio-económico y medioambiental de los productos y servicios contratados.</p>	<p>Otros acuerdos con responsabilidad social son como por ejemplos, el convenio con la Asociación Dominicana de Síndrome de Down en el cual a partir de esta se crea la consulta para pacientes con síndrome de Down y también el centro ha contratado a colaboradores con esta condición. El convenio con el Patronato de Ciegos, creando posibilidades y contratación de personal con esta condición dentro del centro. Otras actividades que posee el centro de responsabilidad social son la Operación Sonrisa con la Fundación Cruz Jiminian, Jornadas Medicas en conjunto con la comunidad, donde el centro se transporta a los diferentes sectores de Santo Domingo Norte para dar consultas y atenciones médicas de diferentes sub especialidades. En el parte medioambiental, el Hospital es parte de la Red de Hospitales Verdes gracias a su acuerdo con Green Love y también con la contratación de AIDSA.</p> <p>Evidencia: Contrato con AIDSA, Acuerdos y convenios con</p>	

	Instituciones sin fines de lucro (ONG), Reconocimiento por formar parte de la Red de Hospitales Verdes.	
3. Fomentar y organizar colaboraciones especializadas y desarrollar e implementar proyectos en conjunto con otras organizaciones del sector público, pertenecientes al mismo sector/cadena y a diferentes niveles institucionales.	<p>A partir del convenio con la Asociación Dominicana de Síndrome de Down se habilito la primera clínica de genética Y Síndrome de Down en República Dominicana, dándole acceso a pacientes con esta condición en todo el país. Dentro del acuerdo de colaboración entre el HPHM y la Oficina Nacional de Estadísticas es crear y aportar estadísticas sobre datos de genero la cual presenta una debilidad sustancial en el sistema estadístico de la Republica Dominicana.</p> <p>Evidencia: Convenios y Acuerdo con Asociación Dominicana de Síndrome de Down ADOSID, PROMESECAL, Acuerdo de colaboración el Hospital Materno Reynaldo Almánzar para consultas de adolescentes.</p>	
4. Monitorizar y evaluar de forma periódica la implementación y resultados de las alianzas o colaboraciones.	Dentro de los acuerdos elaborados, ambas instituciones asignan responsables encargados de dar seguimiento y evaluar las ejecuciones de los acuerdos elaborados. Gracias a esto, los acuerdos realizados por el HPHM han sido implementados de manera satisfactoria en el cual es evidenciable a través de los servicios el logro de esto.	

	Evidencia: Reportes e informes de los logros de los acuerdos de colaboración (ADOSID, Patronato de Ciegos)	
<p>5. Identificar las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y desarrollarlas cuando sea apropiado.</p>	<p>El HPHM realizó un acuerdo de colaboración con la Oficina Nacional de Estadísticas, donde se vio la necesidad de reportar y aportar datos estadísticos de género en la niñez para la República Dominicana, donde existe una oportunidad de mejora en toda la nación: y como parte de la excelencia del centro, se inició desde este hospital para dar curso a este gran proyecto. Los niños bajo la condición de Síndrome de Down en República Dominicana, no reciben un servicio de salud de manera integral dentro de los hospitales y clínicas. Es por esto que el HPHM realiza un acuerdo de colaboración con la Asociación Dominicana de Síndrome de Down, en el cual se habilita la primera Clínica Genética y Consultas de Síndrome de Down en RD, donde se les brinda servicios de salud humanizada y de manera integral a los niños con esta condición.</p> <p>Evidencia: Acuerdos y Convenio con la ONE y ADOSID. Consultas de Síndrome de Down.</p>	
<p>6. Definir las responsabilidades de cada socio en la gestión de la alianza/colaboración, incluyendo sistemas de control, evaluación y revisión.</p>	<p>Dentro de los acuerdos elaborados, ambas instituciones asignan responsables encargados de dar seguimiento y evaluar las ejecuciones de los acuerdos elaborados. Gracias a esto, los acuerdos realizados por el HPHM han sido implementados de</p>	

	<p>manera satisfactoria en el cual es evidenciable a través de los servicios el logro de esto. Las metodologías de revisión y evaluación se realizan en conjunto con las instituciones aliadas mediante reuniones y formularios de evaluación en el cual se identifican el nivel de cumplimiento y logro de metas de los acuerdos, lo cual queda plasmados en minutas e informes de las reuniones.</p> <p>Evidencia: Acuerdos y Convenios con los Compromisos de cada Parte. Plan de trabajo de los acuerdos y convenios.</p>	
<p>7. Aumentar las capacidades organizativas, explorando las posibilidades de las agencia de colocación.</p>	<p>Gracias a los logros y la gestión de excelencia de calidad que el HPHM ha implementado desde sus inicios, ha hecho que exista una buena relación con instituciones y agencias de colocación, las cuales han publicado y multiplicado los avances en el sector salud que posee el centro y los servicios que se ofrecen. Es importante destacar que el hospital pediátrico Dr. Hugo Mendoza es un hospital especializado de tercer nivel, en el cual solo se reciben pacientes críticos de acuerdo a su condición y una vez también sean referidos por las unidades de atención de primer nivel.</p> <p>Evidencia: Publicaciones en Periódicos, revistas, blogs, etc.</p>	
<p>8. Intercambiar buenas prácticas con los socios y usar el benchlearning y el benchmarking.</p>	<p>Parte importante de los logros del HPHM es gracias a los resultados adquiridos de benchmarking y benchlearning, las cuales su</p>	

	<p>procedimiento está documentado. El centro ha realizado estas buenas practicas tanto con instituciones del mismo sector salud como con instituciones públicas/privadas no del sector salud, dentro y fuera del país. Diferentes grupos multidisciplinario han visitado instituciones como, el Hospital General Plaza de la Salud, de la cual se deriva la creación del Call Center; CEDIMAT, IDAC, PROMESECAL, SISTEMA NACIONAL DE ATENCION DE EMERGENCIAS 911, INSTITUTO TECNOLOGICO DE LAS AMERICAS (ITLA). Fuera del país, el hospital ha visitado el Hospital San Juan de Dios en Barcelona España, El Hospital Universitario La Paz, El Hospital de Navarra, entre otros. Instituciones importantes han visitado las instalaciones del Hugo Mendoza, como, por ejemplo: Cincinnati Childrens Hospital, La Universidad de Harvard en conjunto con especialistas del Boston Childrens Hospital y Estudiantes de medicina de la Universidad de IOWA.</p> <p>Evidencia: Fotos, minutas y listado de asistencia de los Benchlearnings y Benchmarkings realizados. Buenas practicas implementadas.</p>	
<p>9. Seleccionar a los proveedores aplicando criterios de responsabilidad social cuando se trate de contratación pública.</p>	<p>Para la contratación y selección de proveedores el HPHM se apega fielmente a lo descrito en el Manual de Compras y Contrataciones establecido y elaborado por el mismo centro, el. En adición a esto, el hospital forma parte y trabaja con la</p>	

	<p>Dirección General de Compras y el portal transaccional, lo cual hace transparente en primera instancia todos los procesos, y más importante aún, se cumple con todo lo reglamentario bajo la ley de compra y contrataciones no. 340-06. Todo esto establece que se cumpla con todo lo requerido para la selección de proveedores de manera transparente.</p> <p>Evidencia: Listado de proveedores contratados con su aprobación de ser proveedores del estado. Manual de compras y contrataciones. Ley 340-06</p>	
--	---	--

SUBCRITERIO 4.2. Desarrollar y establecer alianzas con los ciudadanos /clientes.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Asegurar una política proactiva de información (por ejemplo, sobre el funcionamiento de la organización, sobre las competencias de determinadas autoridades públicas, su estructura y procesos, etc.).</p>	<p>Existe un compromiso de parte del HPHM con todos los ciudadanos/clientes de publicar todas las informaciones pertinentes del centro de manera transparente y constante. Como parte de esto, el hospital ya ha contado con dos versiones de la Carta Compromiso al Ciudadano, el cual es un documento dirigido a los ciudadanos/clientes donde se describe todo el funcionamiento del centro, las formas de acceder a los servicios, los procesos y como se cumplirán todos para la satisfacción de estos. Está a disposición la página web del centro donde también se describe toda la estructura del centro, marco legal y los</p>	

	<p>resultados de las ejecuciones de compras y financieras de manera transparente.</p> <p>Evidencia: Carta Compromiso al Ciudadano al Ciudadano, POA a través del portal de transparencia Pagina Web.</p>	
<p>2. Animar activamente a los ciudadanos/clientes a que se organicen y expresen sus necesidades y requisitos y apoyar a las alianzas con ciudadanos, agrupaciones ciudadanas y organizaciones de la sociedad civil.</p>	<p>Periódicamente el HPHM y sus directivos mantienen diálogos abiertos con los diferentes gremios y asociaciones de interés del centro, como por ejemplo Junta de Vecinos, Iglesia, bomberos, Colegio médico, sindicato y asociaciones de enfermeras; dentro de estas reuniones se motiva y se verifica el nivel de satisfacción de estos, cuáles son sus nuevas necesidades y expectativas con el centro, y como este dará respuesta a todo solicitado.</p> <p>Evidencia: Reuniones con Grupos de Interés (Fotos, listado de asistencia)</p>	
<p>3. Incentivar la involucración de los ciudadanos/clientes y sus representantes en las consultas y su participación activa en el proceso de toma de decisiones dentro de la organización (co-diseño y co-decisión), por ejemplo, vía grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión y grupos de calidad.</p>	<p>De manera constante, dentro del plan de comunicación, se publica en las diferentes plataformas y medios de comunicación las diferentes formas de participación ciudadana, donde todos pueden dejar sus quejas, opiniones y sugerencias, las cuales son recolectadas por la gerencia de calidad y presentadas al comité ejecutivo para dar respuestas a cada una de estas. Para la elaboración del plan estratégico institucional y apertura de nuevos servicios, se convoca a las partes interesadas con el fin de que estas formen parte del diseño de estos, que de</p>	

	<p>manera directa serán los clientes de cada uno de lo desarrollado. Para mantener una comunicación efectiva con los grupos de interés se tiene un grupo vía WhatsApp donde se mantiene una comunicación efectiva de todos en conjunto con el centro. Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción a todos los grupos de interés y ciudadanos/clientes, donde también estos pueden dejar sus opiniones y sugerencias de la gestión del centro.</p> <p>Evidencia: Encuesta de satisfacción grupos de interés, Buzones de quejas y sugerencias, Carta Compromiso, Reuniones para la elaboración del PEI. Grupo de WhatsApp Grupos de Interés.</p>	
<p>4. Definir el marco de trabajo para recoger datos, sugerencias y reclamaciones o quejas de los ciudadanos/clientes, recojiéndolos mediante los medios adecuados (por ejemplo, encuestas, grupos de consulta. Buzones de reclamaciones, sondeos de opinión, etc.).</p>	<p>Dentro de las instalaciones del HPHM se han colocados buzones de quejas y sugerencias en áreas críticas e importantes para los ciudadanos (emergencia, laboratorio, imágenes, vacunación, consultas, hospitalización, lobby) en el cual, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de quejas y sugerencias, el comité de apertura de buzones, recolecta de manera semanal, se socializa con los involucrados de los procesos y se comunica con los clientes que depositaron sus quejas, sugerencias y felicitaciones, dándoles una respuesta a sus comentarios. También se realizan encuestas diarias de satisfacción donde los clientes pueden expresar sus opiniones. De manera</p>	

	<p>digital, vía las consultas de adolescentes, se envía el formulario de encuestas de satisfacción de este servicio, a jóvenes y ciudadanos fuera del hospital con el fin de recolectar información importante sobre el servicio brindado.</p> <p>Evidencia: Encuestas de satisfacción usuarios externos y grupos de interés. Buzones de quejas y sugerencias. Línea 311, Pagina Web y Redes sociales.</p>	
<p>5. Asegurar la transparencia del funcionamiento de la organización así como de su proceso de toma de decisiones, (por ejemplo, publicando informes anuales, dando conferencias de prensa y colgando información en Intranet).</p>	<p>El HPHM es monitoreado de manera constante por la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental, sobre el manejo de las informaciones de transparencia que debe presentar el centro, donde la institución posee un 100% de cumplimiento a las directrices establecidas en el Subportal de Transparencia Institucional. En este portal y pagina web del centro, se colocan datos sobre la producción estadística del centro, ejecuciones presupuestarias, ejecuciones de compras y resultados importante para la gestión y los ciudadanos.</p> <p>Evidencia: Publicaciones de resultados de auditoria realizadas por la DIGEI, Sección de transparencia en portal web actualizado con ejecuciones presupuestarias, nomina, compras y contrataciones...</p>	
<p>6. Definir y acordara la forma de desarrollar el papel de los ciudadanos/clientes como co-productores de</p>	<p>El HPHM posee buzones de quejas y sugerencias en áreas críticas e importantes</p>	

<p>servicios (por ejemplo, en el contexto de la gestión de residuos) y co-evaluadores (por ejemplo, a través de mediciones sistemáticas de su satisfacción).</p>	<p>para los ciudadanos, donde estos pueden depositar sus quejas, sugerencias y felicitaciones, donde de manera semanal son retiradas, socializadas y se les ofrece una respuesta a sus comentarios. También se realizan encuestas diarias de satisfacción donde los clientes pueden expresar sus opiniones. También se realizan encuestas diarias de satisfacción donde los clientes pueden expresar sus opiniones. Estas son analizadas y evaluadas dentro de un informe el cual se realiza tanto de manera interna como el Servicio Nacional de Salud. De manera digital, vía las consultas de adolescentes, se envía el formulario de encuestas de satisfacción de este servicio, a jóvenes y ciudadanos fuera del hospital con el fin de recolectar información importante sobre el servicio brindado.</p> <p>Evidencia: Encuestas de satisfacción, Derechos y deberes del ciudadano, Carta compromiso al ciudadano.</p>	
<p>7. Desarrollar una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los clientes los servicios disponibles, incluyendo indicadores de calidad, a través, por ejemplo, de las Cartas de Servicio.</p>	<p>El HPHM tiene a disposición para todos los ciudadanos/clientes informaciones pertinentes del centro de manera transparente y constante, a través de Carta Compromiso al Ciudadano, el cual es un documento donde se describe todo el funcionamiento del centro, las formas de acceder a los servicios, los procesos y como se cumplirán todos para la satisfacción de estos. En este, el hospital se compromete a ofrecer servicios de calidad bajo los atributos de calidad establecidos, los cuales</p>	

	<p>poseen una meta estándar que cumplir y que son medidos de manera periódica para verificar la eficacia y el cumplimiento de estos y las expectativas de los clientes.</p> <p>Evidencia: Carta compromiso al ciudadano, Cartera de servicios en el portal web.</p>	
<p>8. Asegurarse de que se dispone de información actualizada sobre cómo evoluciona el comportamiento individual y social de los ciudadanos clientes, para evitar instalarse en procesos de consulta obsoletos o productos y servicios ya no necesarios.</p>	<p>La unidad de estadística de manera mensual envía a los diferentes entes regulatorio y a la dirección de la institución la producción hospitalaria de los servicios ofrecidos por el hospital, donde se analiza el comportamiento de los ciudadanos y clientes que acuden a los diferentes servicios. Estas informaciones son publicadas en el portal de transparencia. Estas estadísticas son de importancia ya que sirven de apoyo para el análisis epidemiológico y socioeconómico que forman parte del plan estratégico institucional y funcionan para analizar cuales servicios nuevos se pueden incorporar y cuales son obsoletos.</p> <p>Evidencia: Reporte 67^a, Balance Score Card, Informes epidemiológico (EPIS)</p>	

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Alinear la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz, eficiente y ahorrativa.</p>	<p>En la elaboración del Plan Estratégico Institucional y sus ejes estratégicos, es</p>	

	<p>importante para el logro de los objetivos la disponibilidad de recursos financieros. Para esto se realiza un presupuesto con cuentas y recursos financieros para cada una de las actividades que se deben desarrollar para el logro de los objetivos. Uno de los ejes estratégicos definidos por el HPHM es la Gestión de recursos para sostenibilidad financiera y administrativa donde se medirán todos los procesos que darán respuesta a este eje, cada uno con sus indicadores. El hospital es un centro del modelo de autogestión el cual debe gestionar de manera propia sus recursos, por lo que es vital que sus procesos estén alineados en ese sentido y dirección.</p> <p>Evidencia: Plan Estratégico Institucional 2020-2024</p>	
<p>2. Analizar los riesgos y oportunidades de las decisiones financieras.</p>	<p>El proceso financiero cuenta con una matriz de riesgos y oportunidades donde se evalúa y se tiene acciones a desarrollar para reducir los riesgos y su impacto en caso de que suceda. Cada decisión financiera a tomar dentro de la organización se hace en conjunto con el comité ejecutivo presidido por la directora general, donde se evalúan los riesgos y oportunidades de cada decisión a tomar que implique participación de este proceso.</p> <p>Evidencia: Listado de asistencia. Matriz de riesgos y oportunidades</p>	
<p>3. Asegurar transparencia financiera y presupuestaria.</p>	<p>De manera mensual la gestión financiera envía reportes de la ejecución</p>	

	<p>presupuestaria, a la oficina de acceso a la información la cual publica en el portal de transaccional esta ejecución y también las ejecuciones de compras, que dan respuesta a la gestión financiera. El HPHM cuenta con un cumplimiento del 100% de los datos suministrados en el portal de transparencia. En adición a esto se publica el monto facturado por el centro, así como el monto objetado por las ARS.</p> <p>Evidencia: Portal transaccional, Pagina Web HPHM/transparencia/finanzas</p>	
<p>4. Asegurar la gestión rentable, eficaz y ahorrativa de los recursos financieros usando una contabilidad de costos y sistemas de control eficientes.</p>	<p>El HPHM realiza constantemente análisis de costos de los diferentes servicios que se ofrecen. Estos análisis han llevado a la reestructuración de los servicios ofrecidos, cambios en la tarifa a ofrecer y optimizaciones para mayores beneficios de los servicios entre otros. De igual manera, se realizan informes de las ejecuciones presupuestarias donde se evidencia si existe una fuga en cuanto al gasto. La gestión contable realiza mensualmente informes de balance general con el fin de aportar a la mejor toma decisión en cuanto a los recursos financieros se refiere.</p> <p>Evidencia: Ejecuciones presupuestarias, Balance General, Análisis de costo de los procesos.</p>	

<p>5. Introducir sistemas de planificación, de control presupuestario y de costos (por ejemplo, presupuestos plurianuales, programas de presupuesto por proyectos, presupuestos de género/diversidad, presupuestos energéticos.).</p>	<p>De forma anual el HPHM elabora el presupuesto, donde se detallan el destino de los recursos financieros para el año entrante. Este presupuesto interactúa de manera con el plan anual de compras, donde cada uno detalla el uso de los recursos financieros. Para llevar una ejecución efectiva de estos planes, se evalúa de manera mensual las ejecuciones de cada uno de estos, con el fin de que sea correctamente utilizado cada uno de estos. Dentro del Plan Operativo Anual POA se presupuesta todas las actividades que este conlleva, teniendo así un mejor control de los recursos y apoyando a las ejecuciones de actividades funcionales e importantes del centro.</p> <p>Evidencia: POA, Presupuesto, Plan de Compras, Informes ejecuciones presupuestarias. Política control de gasto, Manual de control interno.</p>	
<p>6. Delegar y descentralizar las responsabilidades financieras manteniendo un control financiero centralizado.</p>	<p>La gestión financiera administrativa del HPHM delega y descentraliza las responsabilidades financieras a través de los distintos procesos existentes dentro de este, y que sus resultados son reportados a finanzas en general. El centro cuenta con el área de facturación el cual factura todos los servicios ofrecidos por el hospital. Todo el dinero recolectado y facturado, una vez realizado el balance general, es llevado y reportado a finanzas. El área de reclamación de seguros en conjunto con auditoría médica, reporta todo lo relacionado al</p>	

	dinero que ingresará de parte de las ARS gracias a los servicios médicos ofrecidos. Evidencia: Proceso de Facturación, Auditoría médica y reclamación. Proceso de Cuentas por Pagar y Cuentas por Cobrar.	
7. Fundamentar las decisiones de inversión y el control financiero en el análisis costo- beneficio, en la sostenibilidad y en la ética.		No se evidencia
8. Incluir datos de resultados en los documentos presupuestarios, como información de objetivos de resultados de impacto.	De manera mensual y trimestral, se analiza y se realiza un informe sobre la ejecución presupuestaria del centro. Dentro de este informe se detallan en que fue ejecutado el presupuesto, la tendencia y comportamiento de este a través del tiempo y el impacto final que ha generado este durante el tiempo de evaluación. Estas informaciones son de suma importancia para la gestión del HPHM el cual toma decisiones en base a estos. Evidencia: Informes ejecuciones presupuestarias. Actividades POA. balance score card.	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Desarrollar sistemas para gestionar, almacenar, mantener y evaluar la información y el conocimiento de la organización de acuerdo con la estrategia y los objetivos operativos.	El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza en el marco del proceso de mejora continua de la calidad, diseña estrategias y herramientas a favor de la gestión eficiente de la	

<p>2. Garantizar que la información disponible externamente sea recogida, procesada, usada eficazmente y almacenada.</p>	<p>información y el conocimiento. El hospital cuenta con una aplicación actualizada en intranet de gestión del conocimiento disponible para almacenar las políticas, procesos y manuales institucionales, esto con la finalidad de mejorar el acceso de los colaboradores a la información.</p> <p>Evidencia: Intranet, Carpetas Compartidas.</p> <p>Existen herramientas diversas basadas para dar respuestas a las necesidades de información de diferentes áreas, dentro de las que se destacan el área de imágenes, la cual se auxilia en la actualidad del sistema PACS (Picture Archiving and Communication System), este es un sistema computarizado para el archivo digital de imágenes médicas, lo que ha representado un ahorro significativo. También se encuentra el MAYAM el cual es un sistema que almacena los estudios de imágenes y pueden ser visualizadas por los colaboradores en cada área del centro que se encuentre instalado este sistema. (Un avance significativo que representa una mejora para el área de imágenes es la implementación del sistema RIS (en inglés de Radiología Información System) es el sistema que controla todo el departamento de diagnóstico por imágenes. Asimismo, se destacan</p>	
--	---	--

<p>3. Controlar constantemente la información y el conocimiento de la organización, asegurar su relevancia, exactitud, fiabilidad y seguridad. Alinearla también con la planificación estratégica y con las necesidades actuales y futuras de los grupos de interés.</p>	<p>herramientas para el manejo de turnos, stock de insumos, facturación del servicio, creación y almacenamiento de reportes e informes de diagnóstico, estadísticas. El RIS está conectado al HIS y al Picture Archiving and Communication System (PACS), dicha conexión se realiza mediante el estándar de comunicación HL7. Por otro lado, se encuentra el LabPlus, el cual es un sistema donde se registra y valida las pruebas medicas realizadas a cada uno de los pacientes dentro del centro y los servicios ambulatorios.</p> <p>Evidencia: MAYAM, Sistema PACS, RIS, LAB PLUS</p> <p>El hospital cuenta con sistemas informáticos para almacenar y controlar todas las informaciones del HPHM. Estas carpetas están aseguradas en servidores y backups de esto en caso de que se llegaran a perder. Todas las estadísticas, informes, planes de mejoras, documentación dentro de estas carpetas son compartidas con control de acceso a los colaboradores claves que darán un uso adecuado y productivo. También existe el INTRANET, donde se cargan informaciones pertinentes para la gestión del centro, y donde los colaboradores pueden acceder para aprender acciones de mejoras aplicadas y experiencias compartida por otros. Estas informaciones generadas, dan paso al análisis de cada una de estas que dan</p>	
--	---	--

<p>4. Desarrollar canales internos para difundir la información en cascada a toda la organización y asegurarse de que todos los empleados tienen acceso a la información y el conocimiento relacionados con sus tareas y objetivos (intranet, newsletter, revista interna, etc.).</p> <p>5. Asegurar un intercambio permanente de conocimiento entre el personal de la organización (por ejemplo: coaching, manuales redactados, etc.).</p>	<p>respuesta a los indicadores de gestión establecidos en el Balance Score Card y que por ende están alineadas a los objetivos y estrategias de la institución, como parte de la satisfacción de los usuarios externos.</p> <p>Evidencia: Carpetas Compartidas, INTRANET, Balance score card</p> <p>El hospital se asegura de que a todos los colaboradores le lleguen las informaciones pertinentes al logro de los objetivos y estrategias, a través de la creación de correos electrónicos institucionales, donde se envían las informaciones a cada uno de los colaboradores multiplicadores de estas, a todos los demás de más bajo nivel. De igual forma estas son colocadas en los diferentes murales dentro de la institución y también dentro de las reuniones de equipos de trabajo y también a través por los distintos grupos de WhatsApp con los líderes y dueños de procesos.</p> <p>Evidencia: Intranet, Grupos de WhatsApp, Correo Institucional, Murales.</p> <p>Todas las informaciones generadas dentro del HPHM están disponibles y accesibles para todos los colaboradores que las requieran, a través de los diferentes medios de comunicación. Desde la subdirección de planificación se redactan las políticas, procedimientos, procesos y manuales de todas las áreas del centro. De igual forma,</p>	
---	--	--

<p>6. Garantizar el acceso y el intercambio de información relevante con todos los grupos de interés y presentarla de forma sistemática y accesible para los usuarios, teniendo en cuenta las necesidades específicas de todos los miembros de la sociedad, como personas mayores o con discapacidad.</p> <p>7. Garantizar que se retiene dentro de la organización, en la medida de lo posible, la información y el conocimiento clave de los empleados, en caso de que éstos dejen la organización.</p>	<p>existe el aula virtual y el proceso de inducción para aquellos colaboradores de nuevo ingreso, que, al momento de ser contratado por el hospital, se inicia ese proceso, se le entrega el perfil de puestos y las políticas y procedimientos a ejecutar en el área.</p> <p>Evidencia: Procesos documentados, aula virtual, carpeta compartidas con los procesos documentados.</p> <p>A través del portal web del HPHM en la sección de transparencia, se publican todas las informaciones relevantes del centro, para uso de toda la sociedad y ciudadanos(as) que requieran estas. De igual forma se encuentra la carta compromiso al ciudadano, la cual explica de manera explícita todos los procesos, servicios, formas de acceder a la institución de todos, incluyendo a discapacitados; medidas de subsanación ante cualquier queja.</p> <p>Evidencia: Portal web / transparencia. Carta Compromiso al Ciudadano.</p> <p>Todas las informaciones, conocimientos generados dentro de la institución son documentadas y almacenadas dentro de las carpetas compartidas, intranet para las buenas prácticas y casos complejos presentados en cada área. A partir de estas se realizan procedimientos, políticas, descripciones de puesto, manuales, instructivos y documentos esenciales para el</p>	
---	---	--

	<p>manejo y funcionamiento del área, de forma estandarizada y accesible en dado caso de que haya una rotación de personal.</p> <p>Evidencia: Procedimientos, política, manual, instructivos. Etc.</p>	
--	--	--

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Diseñar la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.</p>	<p>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza cuenta con políticas actualizadas de gestión de tecnología orientadas al uso eficiente y la preservación de los recursos automatizados, manteniendo la innovación y seguridad dentro de las instalaciones. Como parte de esta política, nuestro centro ha diseñado un sistema de gestión de documentos del POA, donde se le da seguimiento al cumplimiento de los objetivos trazados para cada gerencia. Sistemas como el SGA y el Intranet, son algunos de los softwares de mayor importancia para la gestión efectiva del centro de acuerdo a las estrategias, que dan respuesta a los objetivos e indicadores plasmados en el Balance.</p> <p>Evidencia. SGA, Intranet, Hospital, Labplus, MAYAM. Asteric. SIGHOST, Etc.</p>	
<p>2. Implementar, monitorizar y evaluar la relación costo-efectividad de las tecnologías usadas. El tiempo de retorno de la inversión (ROI) debe ser</p>	<p>El hospital cuenta con informes actualizados sobre costo-efectividad del uso de las tecnologías, podemos citar por ejemplo el</p>	

<p>suficientemente corto y se debe contar con indicadores fiables para ello.</p>	<p>funcionamiento del área de Imagenología por medio del sistema PACS y RIS; la utilización de este sistema permite un ahorro de impresión de películas radiológicas y una mayor rapidez al momento de visualizar el estudio de un paciente. En la actualidad tenemos análisis de costo-efectividad sobre proyectos inversión de la institución, alineados a los objetivos descritos en el Plan Estratégico, mediante un estudio sobre estimación de punto de equilibrio.</p> <p>Evidencia: Análisis costo-efectividad, PEI.}</p>	
<p>3. Asegurar el uso seguro, eficaz y eficiente de la tecnología, mirando especialmente las capacidades de las personas.</p>	<p>El hospital ha logrado obtener 5 certificaciones de la OPTIC para el uso de los tics, teniendo así un manejo y uso eficaz de la tecnología, aplicando cada una de las normas y políticas que cada una exige. Para asegurar el uso de la tecnología, se capacitan a los colaboradores mediante coaching por parte del personal de tecnología y a través del aula virtual, sin importar el tiempo de duración de estos, con tal de que al momento que vayan a utilizar los diferentes softwares estén totalmente aptos para manejarlos de manera correcta.</p> <p>Evidencia: Aula virtual, capacitaciones, normas de los tics. A2, A3, A4, A5, EI</p>	
<p>4. Aplicar de forma eficiente las tecnologías más adecuadas a:</p>	<p>A través del tiempo el HPHM ha desarrollado e instalado diferentes</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ✓ La gestión de proyectos y tareas ✓ La gestión del conocimiento ✓ Las actividades formativas y de mejora ✓ La interacción con los grupos de interés y asociados ✓ El desarrollo y mantenimiento de las redes internas y externas. <p>5. Definir cómo las TIC pueden ser utilizadas para mejorar el servicio prestado. Por ejemplo, utilizando el método de arquitectura empresarial para la gestión de la información en la administración pública.</p>	<p>softwares, que son adecuados para el funcionamiento y gestión eficiente del centro, dentro de cada una de sus ramas: gestión de proyectos, conocimiento, actividades formativas, interacción grupos de interés, almacenamiento, entre otras.</p> <p>Evidencia: Gestor de proyectos dentro del intranet, SGA, SIGHOST, Aula virtual, MAYAM, LABPLUS, CALL CENTER, Correo institucional, Carpetas compartidas, Hospital, Asteric, etc.</p> <p>La gestión del HPHM ha sido eficiente gracias al uso de las Tics para las prestaciones de servicios. El centro ha puesto a disposición el App Hugo Mendoza para la gestión de citas de los usuarios, indicándoles la disponibilidad de fechas, especialidades y doctores, simplificando los trámites para estas. De igual forma se instaló el sistema de turnos Hugo Cola, para agilizar y organizar a los usuarios en los procesos de facturación ambulatorio dentro del centro. El SGA es utilizado para la realización del triaje en emergencia de los pacientes que ingresan por esa área, clasificándolos y priorizándolos de acuerdo a la gravedad de su condición.</p>	
--	---	--

<p>6. Adoptar el marco de trabajo de las TIC y de los recursos necesarios para ofrecer servicios online inteligentes y eficientes y mejorar el servicio al cliente.</p>	<p>Evidencia: Hugo Cola, APP Hugo Mendoza, SGA, MAYAM, LabPlus.</p> <p>El centro ha puesto a disposición el App Hugo Mendoza para la gestión de citas de los usuarios, indicándoles la disponibilidad de fechas, especialidades y doctores, simplificando los trámites para estas, sin importar el lugar donde te encuentres. Esta APP apoya la gestión del Call Center donde los usuarios llaman a agendar sus citas médicas de manera personal e interactiva. De igual forma también se utiliza el WhatsApp Hugo Mendoza para agendar citas a las consultas de seguimiento, estableciendo con estas tres vías de comunicarse y agendar citas médicas en el centro, agilizando y mejorando el servicio al cliente. En cuanto al portal web se, se evidencia el uso de herramientas de interacción para comunicarse con los grupos de interés, herramientas como la sección de quejas y sugerencias, la sección de contacto, redes sociales como Twitter y Facebook, dirigidas a establecer canales de comunicación de doble vía con los usuarios.</p> <p>Evidencia: APP Hugo Mendoza, WhatsApp, Call center, Portal Web, Redes sociales.</p>	
<p>7. Estar siempre atento a las innovaciones tecnológicas y revisar la política si fuera necesario.</p>	<p>De forma semestral y periódica, se revisa las políticas de tecnología para la mejora de los servicios a través de las Tics. De igual forma se revisan las innovaciones dentro del marco de las normas del uso de la Tics, A2, A3,</p>	

<p>8. Tener en cuenta el impacto socio-económico y medioambiental de las TIC. Por ejemplo: gestión de residuos de los cartuchos, reducida accesibilidad de los usuarios no electrónicos.</p>	<p>A4, A5, E1, las cuales conlleva a la actualización y adecuaciones de los cambios producidos dentro de estas.</p> <p>Evidencia: Normas A2, A3, A4, A5, E1, Política documentada de tecnología de la información.</p> <p>El HPHM mantiene documentada las medidas informáticas tomadas para el ahorro de papel mediante el sistema de facturación SIGHOST, optimizado para generar informes más resumidos e imprimir por medio de las impresoras punto de venta, las cuales generan un ahorro bastante significativo en tinta y papel en comparación con una impresora láser de papel 8 1/2 x 11. De igual forma existe un manejo con los tóneres de las impresoras HP, estos se están reutilizando y rellenando para disminuir costos operacionales y reducir el impacto medioambiental. En el proceso de facturación se realizó la mejora de imprimir las citas médicas a los usuarios debido a que es un paso innecesario dentro del proceso, disminuyendo así la cantidad de papel utilizado para esta operación. Se ha implementado la descripción de la historia clínica de los pacientes dentro del SGA para utilizar y reducir la compra de talonarios médicos dentro del centro.</p> <p>Evidencia: Mejora de proceso de facturación impresión de citas, informes documentados sobre el</p>	
--	---	--

	impacto socio económico del uso de los tonners.	
--	--	--

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Equilibrar la eficiencia y eficacia del emplazamiento físico de la organización con las necesidades y expectativas de los usuarios (por ejemplo, centralización versus descentralización de los edificios/ puntos de servicios, distribución de las salas, conexión con transporte público).</p> <p>2. Asegurar un uso eficiente, rentable y sostenible de las instalaciones, basado en los objetivos estratégicos y operativos, tomando en cuenta las necesidades de los empleados, la cultura local y las limitaciones físicas. Por ejemplo, espacios abiertos versus despachos individuales, oficinas móviles.</p>	<p>El emplazamiento físico del edificio y la proximidad a una vía de alta concurrencia permite un acceso fácil a los usuarios a través de varios medios de transporte en rutas establecidas por sindicatos. Cada una de las áreas tiene su espacio físico disponible con espacio suficiente para las operaciones de cada una: salas de emergencias, hospitalización, laboratorio, consultas, imágenes, quirófano entre otros. Con anterioridad se celebró un seminario de infraestructura hospitalaria avalado por la UASD.</p> <p>Evidencia: Ruta de transporte, áreas físicas, plano de la infraestructura.</p> <p>De manera concreta el HPHM es producto de transformaciones, se programó, diseño e implementó la primera Unidad de Endoscopia Pediátrica del País y el Caribe con espacios humanizados y ambientados de manera personalizada y se han elaborado</p>	

<p>3. Asegurar un mantenimiento eficiente, rentable y sostenible de los edificios, despachos, equipamientos y materiales usados.</p>	<p>atendiendo a las necesidades de los usuarios, más de 40 propuestas de readecuación de espacios arquitectónicos. El departamento de Diseño, Readecuación de Infraestructura y Ornato de la mano con la Gerencia de Mantenimiento son las áreas que de manera transversal tienen como objetivo asegurar un uso eficiente, rentable y sostenible de la infraestructura, quedando programado en los objetivos estratégicos del 4.1 al 4.4 de la planificación estratégica institucional, concretizadas en las actividades descritas en el POA. Se diseñó y se habilitó espacio para la consulta de adolescentes, unidad de género, call center, consultas integrales para pacientes con Síndrome de Down, todo esto satisfaciendo las necesidades de los ciudadanos.</p> <p>Evidencia: Fotografías, servicios funcionales, documentos de servicios, infraestructura.</p> <p>Dentro de las actividades de sostenibilidad se ha elaborado un programa de hospital verde describiendo el enfoque hacia la disposición de desechos hospitalarios, desechos para reciclaje, alianzas institucionales, eco-entornos, planos de distribución de zafacones etc. De igual forma el centro cuenta con un plan de mantenimiento donde se realizan actividades diarias y periódicas en las áreas críticas y demás dentro del Hospital. Se formalizó un acuerdo con AIDSA para el despacho de los</p>	
--	--	--

<p>4. Garantizar el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p>	<p>distintos desechos de forma diaria con el fin de que esta haga la disposición final de estos.</p> <p>Evidencia: Zafacones, Plan de Mantenimiento, bitácoras de mantenimientos realizados. Zafacones para uso de reciclajes. Contrato AIDSA</p> <p>Para afianzar el compromiso del hospital como una entidad verde y saludable se había realizado un proceso integral para formar parte de la Red Global de Hospitales verdes y saludables. Esto arrojó como resultado que el HPHM se convirtiera en el primer Hospital de República Dominicana en pertenecer a dicha red. La Red Global se sustenta en el compromiso de los miembros de poner en práctica la Agenda Global para Hospitales Verdes y Saludables, tiene como objeto unir los esfuerzos de todo el mundo para promover una mayor salud ambiental. Los miembros de la Red Global registran su progreso por medio de resultados observables, al tiempo que comparten sus mejores prácticas y buscan soluciones a los desafíos que tienen en común. Para garantizar el uso eficaz y sostenible de los medios de transporte se cuenta con una gerencia de transportación que gestiona el mantenimiento y distribución de los choferes de la ambulancia con que cuenta el hospital, aspecto sistematizado a través de bitácoras. También se cuenta con una propuesta de resguardo de los tanques de combustible y controles eléctricos.</p>	
--	---	--

<p>5. Garantizar la adecuada accesibilidad física de los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los ciudadanos/clientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público).</p>	<p>Evidencia: Certificado Red Hospitales Verde, Ambulancia, asignación de combustibles, plantas eléctricas.</p> <p>Respecto a la accesibilidad física, el hospital cuenta con cinco puertas de acceso en base a las necesidades de los usuarios internos. También se cuenta con una correcta accesibilidad de las personas con alguna discapacidad, es decir sin barreras arquitectónicas, y contamos con baños habilitados para personas con alguna dificultad motora. El centro cuenta con parqueos para los ciudadanos como parte de la infraestructura de la ciudad sanitaria, parqueos para discapacitados y parqueos también para los colaboradores del centro. El centro puso a disposición un transporte publico exclusivo para los colaboradores, con el fin de que estos tengan fácil acceso al centro. Se diseñó la ruta de evacuación, actualmente se han adquirido e implementado las señaléticas que conforman la ruta y la colocación de los planos con las rutas integradas, al igual que la ruta de desechos, ambos por niveles.</p> <p>Evidencia. Ruta de evacuación, Ruta sanitaria, Parqueos señalizados, acuerdo para transporte publico privado. Ruta de acceso para discapacitados.</p>	
<p>6. Desarrollar una política integral para gestionar los activos físicos, incluyendo la posibilidad de un</p>	<p>El hospital cuenta con un inventario de activos fijos, para reforzar este inventario se</p>	

<p>reciclado seguro, mediante, por ejemplo, la gestión directa o la subcontratación.</p> <p>7. Poner las instalaciones a disposición de la comunidad local.</p>	<p>creó la Política de Activos Fijos de la institución y una identificación de mobiliarios codificados como proceso de gestión de los activos fijos. Se formalizó un acuerdo con AIDSA para el despacho de los distintos desechos de forma diaria con el fin de que esta haga la disposición final de estos</p> <p>Evidencia: Política de activo fijo, contrato AIDSA.</p> <p>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza es un hospital del modelo de autogestión de tercer nivel de especialización ubicados en Santo Domingo Norte, para brindar servicios de salud a los niños, niñas y adolescentes de esta comunidad y sus alrededores. El centro ha puesto a disposición las instalaciones a la comunidad, dando servicios a todos, indistintos de raza, color, nivel social, reflejándose así, los montos de exoneraciones pagos a pacientes que han visitado el centro. No tan solo eso, el HPHM realiza jornadas médicas, donde los servicios se trasladan a los sectores de esta comunidad para brindarles estos de forma gratuita.</p> <p>Evidencia: Jornadas médicas, Horarios laborales.</p>	
---	--	--

CRITERIO 5: PROCESOS

Considerar lo que la organización hace para:

SUBCRITERIO 5.1. Identificar, diseñar, gestionar e innovar en los procesos de forma continua, involucrando a los grupos de interés.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Identificar, mapear, describir y documentar los procesos clave de forma continua.</p> <p>2. Identificar y asignar responsabilidades a los propietarios de los procesos (las personas que controlan todos los pasos del proceso).</p>	<p>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza ha identificado todos sus procesos, y lo ha definido como: procesos claves o medulares, procesos estratégicos y procesos de apoyo. Todos estos están establecidos en el mapa de procesos institucional, donde se describen los elementos de entradas, de salida y el retorno de estos elementos. Estos también han sido descritos, cada uno, en un formato de fichas de procesos, lo cuales detallan la forma funcional, su objetivo, el alcance, responsables, elementos de entrada y de salida.</p> <p>Evidencia: Mapa de procesos, Ficha de procesos, Procedimientos y manuales.</p> <p>Cada uno de los procesos identificados dentro del mapa de procesos cuenta con cada responsable de estos, así están establecidos en las fichas de procesos, procedimientos, manuales y políticas, descritas en cada uno de los procesos documentados. Los líderes de procesos son los encargados de gestionar, controlar y ejecutar de manera eficiente y efectiva, cada una de las actividades descritas en cada uno de los procesos, reportando así los resultados esperados por la dirección con el fin de cumplir con los objetivos esperados</p>	

<p>3. Analizar y evaluar los procesos, riesgos y factores críticos de éxito, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante.</p>	<p>dentro de las estrategias definidas, monitoreadas a través del balance score card. El hospital cuenta con un manual de funciones donde se describen las posiciones, encargados de procesos y sus responsabilidades, eso es aplica para todas las áreas y procesos del centro. Estos son aprobados por la alta dirección del centro y por el Ministerio de Administración Pública respectivamente.</p> <p>Evidencia: Fichas de procesos. Manual de Funciones y responsabilidades. Procesos y procedimientos documentados aprobados.</p> <p>En el hospital se analizan y evalúan los procesos, se implementaron análisis de riesgos donde se derivan las matrices de riesgos anticorrupción, riesgos en los procesos documentados dentro del mapa de procesos. Constantemente se realizan capacitaciones de retroalimentación en riesgos de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud dando seguimiento a través del comité de IAAS y el comité de calidad a los indicadores establecidos por el viceministerio de garantía a la calidad. Los procesos son auditados desde la gerencia de calidad y sus resultados dan respuestas a los indicadores establecidos en el balance score card.</p> <p>Evidencia: Fichas de procesos, Auditorias, Matrices de riesgos y</p>	
--	--	--

<p>4. Asegurar que los procesos apoyan los objetivos estratégicos y están planificados y están planificados y gestionados para alcanzar los objetivos establecidos.</p> <p>5. Involucrar a los empleados y a los grupos de interés externos en el diseño y mejora de los procesos, en base a la medición de su eficacia, eficiencia y resultados (outputs y outcomes).</p>	<p>oportunidades, Indicadores Balance Score Card.</p> <p>Cada proceso definido apoya a los objetivos estratégicos definidos en el PEI. Estos dan respuesta a través de los resultados de sus indicadores al 4to eje estratégico: Gestión de procesos para la humanización y la eficiencia.</p> <p>Evidencia: Ficha de procesos. Procesos documentados. Balance Score Card.</p> <p>A través del comité de innovación los colaboradores internos pueden aplicar mejoras de los procesos establecidos dentro del centro. Para el diseño de nuevos procesos se realizan reuniones con los colaboradores que formaran parte de este para el aporte de lluvia de ideas; reunión del comité de calidad y también de alta dirección, con el fin de asegurar de que estos den respuestas a necesidades de los usuarios externos. Se realizan reuniones con los grupos de interés para la formulación del PEI y nuevos procesos, como por ejemplo la consulta de adolescentes. A través de las quejas y sugerencias de los usuarios externos e internos se aplican mejoras de los procesos.</p> <p>Evidencia: Fotos, minutas reuniones. Propuestas comité de innovación.</p>	
--	---	--

<p>6. Asignar recursos a los procesos en función de la importancia relativa de su contribución a la consecución de los fines estratégicos de la organización.</p>	<p>En la elaboración del PEI, se realiza un presupuesto para la asignación de recursos a los procesos del centro, cada uno de acuerdo al nivel de importancia-impacto a los usuarios. Esto está alineado a los recursos asignados a cada una de las actividades del POA con el fin de que se cumplan con lo planificado.</p> <p>Evidencia: PEI, POA, Presupuesto institucional.</p>	
<p>7. Simplificar los procesos a intervalos regulares, proponiendo cambios en los requisitos legales, si fuera necesario,</p>	<p>A través de los benchmarking realizados con otras instituciones el HPHM ha experimentado mejoras significativas para la simplificación de trámites dentro de los procesos. Como ejemplo de esto, se tiene el call center, en facturación el sistema de turnos Hugo Cola; también la adquisición de equipos en el laboratorio clínico el cual permite tener resultados de las analíticas en un plazo de menos de 72 horas ya listo para entregas. Se habilitó un área para colocar una extensión del laboratorio clínico en la emergencia con el fin de agilizar las analíticas y tenerlas en un tiempo record.</p> <p>Evidencia: Fotografía documentación del laboratorio en emergencia. Hugo Cola, Sistema de Triage SGA.</p>	
<p>8. Establecer objetivos de resultados orientados a los grupos de interés e implementar indicadores de resultados para monitorizar la eficacia de los procesos (por ejemplo, carta de servicios, compromisos de</p>	<p>El HPHM ha puesto en circulación la segunda versión de la carta compromiso al ciudadano, el cual es un documento el cual describe los servicios que ofrece el centro hospitalario, los compromisos que este tiene</p>	

<p>desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).</p>	<p>con los ciudadanos, los estándares en los que se compromete a brindar los servicios, la forma de como los ciudadanos pueden acceder y dejar sus quejas y sugerencias. La primera versión de esta fue 2015-2017, y esta segunda versión tiene fecha de 2020-2022. Además de esto las áreas comprometidas se han involucrado en procesos para el desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad, garantizando la eficiencia y eficacia en sus operaciones. Para esto la gerencia de calidad audita de manera periódica los procesos de servicio verificando el cumplimiento de estos y registrado en el balance score card. También se realizan encuesta de satisfacción al usuario el cual dicho reporte es publicado en la plataforma del SNS y en el portal de transparencia.</p> <p>Evidencia: Carta Compromiso al Ciudadano. Porcentaje de satisfacción.</p>	
<p>9. Monitorizar y evaluar el impacto de las TIC y de los servicios electrónicos en los procesos de la organización (por ejemplo, en términos de eficiencia, calidad y eficacia).</p>	<p>El Ministerio de Administración Pública, a través de la OPTIC, realizan monitoreos y evalúa el uso de las Tics en impacto en la simplificación de tramites para los ciudadanos. Con una puntuación de 98.5 pts., el Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza (HPHM) obtuvo el segundo lugar en el ranking de las instituciones con mayor puntuación por su desempeño anual en el índice de evaluación en el uso de las TIC y e-Gobierno. Además, fue seleccionada como la institución más destacada en el renglón salud. El impacto de estos se refleja</p>	

<p>10. Innovar en los procesos basados en un continuo benchlearning nacional e internacional, prestando especial atención a los obstáculos para la innovación y los recursos necesarios.</p>	<p>a través de las encuestas de satisfacción donde le usuario expresa su nivel de satisfacción en la facilidad y forma de acceder y contactar los servicios del centro. A través de la instalación del sistema SGA, se logró eliminar el uso de plantillas en Excel a un formato digital en un 90%, logrando así tener mayor eficiencia y eficacia para la recolección de los datos estadísticos y el procesamiento de esto.</p> <p>Evidencia: Reconocimientos, Encuesta de Satisfacción. Evaluación Impacto SGA.</p> <p>A través de la realización de benchlearning el HPHM ha innovado en sus procesos, como por ejemplo la creación del Call Center, la cual fue producto de la visita plaza de la salud, donde a pesar de no tener espacio físico ni recursos para su instalación, se adecuo un área para llevar a cabo esta mejora. Esto ha facilitado la forma de acceder a la fijación de citas medicas de las consultas externas. A través de la visita del Instituto Dominicano de Aviación Civil, el hospital aplico mejoras continuas en pro de postulación al premio Iberoamericano a la Calidad en 2019, en la cual se obtuvo medalla de Oro, siendo la primera institución del estado en República Dominicana en lograr esta distinción. Luego de la visita a hospital de san juan de Dios en España, se modificó y mejoro el proceso de triaje en la emergencia, a través del uso del SGA, donde se utilizó la metodología de</p>	
--	---	--

	<p>Manchester, el cual clasifica y prioriza las atenciones de acuerdo a la condición de salud. Se visitó al Hospital Materno Infantil Dr. Reynaldo Almánzar, el cual posee un sistema de turnos para las facturaciones ambulatorias. A partir de esta buena practica el hospital procedió a crear un sistema interno Hugo Cola, para controlar el manejo de turnos en facturación. Esto ha provocado la reducción de las filas gracias a su organización y agilización del tiempo de espera.</p> <p>Evidencia: Creación del Call Center, Premio Iberoamericano, Sistema de Triage SGA. Sistema de turnos Hugo Cola</p>	
--	---	--

SUBCRITERIO 5.2. Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a los ciudadanos /clientes.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Identificar los outputs (productos y servicios en los procesos nucleares.</p>	<p>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza ha identificado todos sus procesos, y lo ha definido como: procesos claves o medulares, procesos estratégicos y procesos de apoyo. Todos estos están establecidos en el mapa de procesos institucional, donde se describen los elementos de entradas, de salida y el retorno de estos elementos. Estos también han sido descritos, cada uno, en un formato de fichas de procesos, lo cuales detallan la forma funcional, su objetivo, el alcance, responsables, elementos de entrada y de salida. Las salidas de productos y servicios de los procesos claves se</p>	

	<p>modificaron gracias a un proceso de acompañamiento por la especialista del MAP, el cual se modificó el mapa de procesos, identificando que los productos y servicios que reciben los usuarios de manera directa son los procesos claves. Como ejemplo de esto tenemos los servicios de información brindados por atención al usuario, las facturaciones de los servicios recibidos por parte de facturación, los servicios médicos a través de las consultas externas, emergencias, procesos quirúrgicos, hospitalizaciones, servicios diagnósticos (imágenes y laboratorio) y vacunación. El proceso de reclamación de seguro brinda servicios a las 19 ARS con la que el hospital tiene convenios.</p> <p>Evidencia: Mapa de procesos, Ficha de Procesos.</p>	
<p>2. Involucrar a los ciudadanos/clientes en el diseño y mejora de los servicios y productos (por ejemplo, por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, sondeos acerca los servicios y productos y si son eficaces teniendo en cuenta aspectos de género y de diversidad, etc.).</p>	<p>La cartera de servicios ha sido socializada con los grupos de interés donde se les ha explicado la forma de acceder y los compromisos asumidos por el hospital con la calidad y calidez en la atención. Con el interés de comprobar el grado de satisfacción de los usuarios internos y externos de la institución así como el de los grupos de interés y líderes comunitarios se efectúan encuestas dentro de la institución y en zonas aledañas a esta, en la que se realizan preguntas alusivas a la atención recibida en el hospital y la calidad de los servicios ofertados, con esto se pretende identificar posibles mejoras de estos y el diseño de</p>	

	<p>nuevos servicios, así como el desarrollo de estándares de calidad de dichos servicios, en función de las necesidades de los ciudadanos/clientes.</p> <p>Evidencia: Reuniones y socialización. Encuestas de Satisfacción, Buzones de quejas y sugerencias.</p>	
<p>3. Involucrar a los ciudadanos/clientes y a otros grupos de interés en el desarrollo de los estándares de calidad para los servicios y productos (proceso de output), que respondan a sus expectativas y sean gestionables por la organización.</p>	<p>Con el interés de comprobar el grado de satisfacción de los usuarios internos y externos de la institución así como el de los grupos de interés y líderes comunitarios se efectúan encuestas dentro de la institución y en zonas aledañas a esta, en la que se realizan preguntas alusivas a la atención recibida en el hospital y la calidad de los servicios ofertados, con esto se pretende identificar posibles mejora de estos y el diseño de nuevos servicios, así como el desarrollo de estándares de calidad de dichos servicios, en función de las necesidades de los ciudadanos/clientes.</p> <p>Evidencia: Encuestas de Satisfacción, Buzones de quejas y sugerencias.</p>	
<p>4. Involucrar a los ciudadanos/clientes en la prestación del servicio y preparar tanto a los ciudadanos/clientes como a los trabajadores públicos a esta nueva relación de cambio de roles.</p>	<p>El HPHM ha tomado en cuenta a los Líderes comunitarios, así como a representantes de los Grupos de Interés, estos han sido seleccionados bajo el criterio de su prioridad, según un informe en el cual recoge sus expectativas, sus necesidades y sus compromisos para con el Hospital. Se han realizado talleres en la Institución, han participado en la revisión del Plan Operativo</p>	

	<p>Anual, así como el Plan Estratégico Institucional, rendición de cuentas sobre resultado de encuestas, políticas de calidad y estrategias de gobierno abierto. En el 2017 se conformó el Comité Ejecutivo Ampliado para dar participación a los principales líderes comunitarios del municipio en la toma de decisiones y mejora de los servicios.</p> <p>Evidencia: Acta constitutiva comité ejecutivo ampliado. Reuniones, talleres, socialización de encuestas.</p>	
<p>5. Involucrar a los ciudadanos/clientes en el diseño y desarrollo de nuevos tipos de servicios interactivos, de entrega de información y de canales de comunicación eficaces.</p>	<p>Se han realizado talleres en la Institución, han participado en la revisión del Plan Operativo Anual, así como el Plan Estratégico Institucional, rendición de cuentas sobre resultado de encuestas, políticas de calidad y estrategias de gobierno abierto. En el 2017 se conformó el Comité Ejecutivo Ampliado para dar participación a los principales líderes comunitarios del municipio en la toma de decisiones y mejora de los servicios.</p> <p>Evidencia: Acta constitutiva comité ejecutivo ampliado. Reuniones, talleres, socialización de encuestas</p>	
<p>6. Asegurar que la información adecuada y fiable esté accesible, con el fin de asistir y soportar a los clientes/ciudadanos y de informarle sobre los cambios realizados.</p>	<p>El hospital cuenta con un horario de trabajo flexible que se encuentra en las redes sociales, se tienen las informaciones traducidas a tres idiomas (inglés, francés y español). Se tiene videos informativos, la página web tiene formato que puede ser traducido de forma automática. A través de</p>	

	<p>este portal web se pueden visualizar las informaciones actualizadas sobre los servicios, la forma de como acceder a ellos, los nuevos servicios, logros del centro y los horarios de este.</p> <p>Evidencia: Portal Web, Redes sociales. App Hugo Mendoza.</p>	
<p>7. Promover la accesibilidad a la organización (por ejemplo, con horarios de apertura flexibles, documentos en varios formatos: en papel, electrónico, distintos idiomas, pancartas, folletos, Braille, tableros de noticias en formato de audio, etc.).</p>	<p>El hospital cuenta con un horario de trabajo flexible que se encuentra en las redes sociales, se tienen las informaciones traducidas a tres idiomas (inglés, francés y español). Se tiene videos informativos, la página web tiene formato que puede ser traducido de forma automática. A través de este portal web se pueden visualizar las informaciones actualizadas sobre los servicios, la forma de cómo acceder a ellos, los nuevos servicios, logros del centro y los horarios de este. Dentro de la organización se colocan letreros y bajantes con informaciones pertinentes del centro, nuevos servicios, entre otras informaciones. También se colocan videos en algunos de las pantallas dentro del centro con la cartera de servicios e informaciones de interés para los ciudadanos. De igual forma se hacen publicaciones sobre los servicios del centro y sus logros, a través de publicaciones de periódicos y notas de prensa en los diferentes medios de comunicación existentes.</p> <p>Evidencia: Evidencia: Portal Web, Redes sociales. Publicaciones en</p>	

	periódicos y revistas. Bajantes y videos en pantallas.	
8. Desarrollar un elaborado sistema de respuestas a las quejas recibidas, de gestión de reclamaciones y procedimientos.	<p>La Gerencia de Calidad en conjunto con el departamento de Atención al Usuario y la OAI, realizan una reestructuración del procedimiento de Quejas y Sugerencias para los Usuarios Externos e Internos, El proceso de quejas y denuncias de los usuarios se monitorean a través de los indicadores de la CCC. Las quejas y sugerencias también cumplen con el procedimiento estandarizado por el Servicio Nacional de Salud, donde se le debe de dar respuesta a los usuarios en un plazo no mayor de 15 días laborables. Estos son reportados a través de la matriz de quejas y sugerencias, se realiza un informe de apertura de buzones, se llama a los usuarios identificables a esto y se socializa con los responsables de cada área donde se refleje una no conformidad.</p> <p>Evidencia: Matriz de quejas y sugerencias, Acta comité de apertura de buzones, buzones de quejas y sugerencias.</p>	

SUBCRITERIO 5.3. Coordinar los procesos en toda la organización y con otras organizaciones relevantes.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Definir la cadena de prestación de los servicios a la que la organización y sus colaboradores/socios pertenece.	El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza pertenece a la Red de prestadores de servicios de salud del ministerio de salud pública y este articulado con el 1er, 2do y 3er nivel de atención y forma parte,	

	<p>responde al Servicio Metropolitano de Salud Región O, Área 2; y desde el punto de vista del ministerio responde a la Dirección Municipal de Salud de Santo Domingo Norte Área 3, como parte de la Red de Servicios Públicos de Salud dirigida a la prestación de servicios de salud, el hospital se acoge a lo establecido en la ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, el cual garantiza, en forma gradual y progresiva, a toda la población dominicana, una asistencia de manera integral.</p> <p>Evidencia: Habilitación Cartera de Servicios. Ley de creación del Hospital.</p>	
<p>2. Coordinar y unir procesos con socios claves del sector privado, no lucrativo y público.</p>	<p>El HPHM ha unido procesos con diferentes socios claves como, por ejemplo: Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS), SIMUDIS, Consejo Nacional de la Niñez (CONANI), CRUZ ROJA, Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), OPERACION SONRISA, Fundación Cruz Jiminian, Fundación Óptica Oviedo, Ministerio Publico, Universidad Autónoma Santo Domingo (UASD), Laboratorio de Referencia. Participan en actividades con las ARSs, Ministerio de Medio Ambiente, FUNGLODE, Banreservas, entre otras. El centro tiene acuerdo con 19 ARS, convenio con PROMESECAL el cual envía medicamentos, centro en especial para aquellos pacientes con diabetes. Convenio con el patronato de ciegos, fundación de hipertensión pulmonar,</p>	

	<p>Universidades como son O&MED, INTEC, UASD, UNICARIBE UNIREMHOS, en el cual rotan los estudiantes de medicina por la institución y también el programa de pasantías. La fundación ST Jude el cual cubren los gastos en medicina de los pacientes con cáncer y leucemias, acuerdo con la Oficina Nacional de Estadísticas, entre otras instituciones. También se coordinan procesos con socios, como son, Seguro Nacional de Salud (SENASA), ADSN, para la recogida de basura, con la fundación Dr. Yaso, con la fundación sonrisa. Con centros educativos el programa de verano, operativos médicos con la participación de la comunidad.</p> <p>Evidencia: Contratos ARS, Acuerdos y convenios con Instituciones Privada y Publicas. Programas de verano, rotación de estudiantes de medicina de las universidades, Jornadas de cirugías.</p>	
<p>3. Desarrollar un sistema compartido con los socios en la cadena de prestación de servicios, para facilitar el intercambio de datos.</p>	<p>El HPHM transmite datos generados desde el centro a la plataforma EIS, el cual comparte datos de historias clínicas de los pacientes a todos los centros hospitalarios que tengan esta plataforma. También a través de la plataforma SNS se carga los datos del 67^a con el fin de compartir datos estadísticos de producción de servicios.</p> <p>Evidencia: Datos EIS, Datos EPI Ministerio de Salud Pública, SENASA,</p>	

	Dirección de Área II y área III, SIGEF, Compras y contrataciones.	
4. Empezar el análisis de ciudadanos/clientes a través de diferentes organizaciones, para aprender acerca de una mejor coordinación de procesos y superar los límites organizacionales.	<p>A través de los informes publicados y enviados por diferentes organismos de salud, el HPHM toma como parámetro estas medidas para iniciar y ajustar sus procesos de esto. Como Evidencia de esto tenemos las actividades programadas a través del POA enviado por el SNS, el cual se ajustan las actividades a realizar en los distintos procesos. En base a esto también se realizan las habilitaciones de nuevos servicios, con el fin de cubrir otras áreas de interés.</p> <p>Evidencia: POA, Habilitación de Servicios.</p>	
5. Crear grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas.	<p>La Dirección General de la Institución, siguiendo los lineamientos de mejora continua, continúa desarrollando reuniones para llegar acuerdos en los que se pretende seguir mejorando los procesos de la Institución. Se hace constar la realización de reuniones para formalizar acuerdo con instituciones académicas como UASD, INTEC, O&Med; así mismo instituciones como USAID en el proyecto Asiste Zika. Gracias al acuerdo de colaboración con ADOSID, se apertura la primera clínica genética de síndrome de Down en el República Dominicana, con el fin de brindar servicios de manera integral a estos pacientes. Esta consulta también fue agregada al programa de consultas de adolescente teniendo así mayor alcance en este servicio.</p>	

	<p>Evidencia: Reconocimiento USAID por el proyecto Zika, Consultas de Síndrome de Down.</p>	
<p>6. Crear incentivos (y condiciones) para que la dirección y los empleados creen procesos inter-organizacionales (por ejemplo, compartir servicios y desarrollar procesos comunes entre diferentes unidades).</p>	<p>A través de un equipo multidisciplinario, se creó la unidad de género del Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza, la cual brinda atenciones a niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de violencia en sus diferentes ramas. Esto ha tenido como resultado la atención de más de 100 pacientes que han sido detectado dentro de los demás servicios del centro. Este equipo está compuesto por un personal de labor social, un experto en psiquiatría y un personal de jurídica, bajo la coordinación general de la directora del centro. Bajo ese mismo contexto, se habilitó la consulta para adolescentes, gracias a la formación de un equipo de trabajo multidisciplinario, el cual brinda servicios de salud de manera integral, incluyendo personal de Psiquiatría, Psicología, Ginecología, Consulta Síndrome de Down, Nutrición, entre otras. Es importante mencionar que existe incentivos al personal, a través de las propuestas de mejoras realizadas en el marco de concurso de innovación para los tres primeros lugares. También ha incentivos a todo el personal de acuerdo a los resultados de los acuerdos de desempeños realizados, en base al logro de los objetivos y nivel de cumplimiento de estos.</p>	

	Evidencia: Consulta Adolescentes, Unidad de Genero, Concurso de Innovación, Acuerdos de desempeño.	
7. Crear una cultura para trabajar transversalmente en la gestión de los procesos en toda la organización o desarrollar procesos horizontales (por ejemplo: autoevaluación para toda la organización en vez de diferentes unidades).	<p>El HPHM ha creado una cultura para el trabajo transversal en la gestión de los procesos, a través de reuniones informativas y de seguimiento a cada una de las actividades programadas en los distintos planes de mejoras y comités. Bajo el Sistema de Gestión de la Calidad, se realizan auditorias a todos los procesos documentados que dan resultados y respuestas al logro de objetivos a través de los indicadores plasmados en el POA. En el marco de Calidad, se realizan autoevaluaciones utilizando la Guía CAF y la guía de autoevaluación EFQM, con el fin de verificar el nivel de gestión que posee el centro. En adición a esto, se realiza una evaluación de acuerdo a los resultados arrojados en el Balance Score Card.</p> <p>Evidencia: Guía CAF, EFQM. Auditorias de Procesos, Reuniones comités.</p>	

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES

Considerar qué resultados ha alcanzado la organización en sus esfuerzos para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y ciudadanos, mediante la.....

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

Resultados de mediciones de percepción en cuanto a:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. La imagen global de la organización y su reputación (por ejemplo: amabilidad, trato equitativo, abierto, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).</p> <p>2. Involucración y participación de los ciudadanos/clientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p>	<p>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza desde sus inicios se ha preocupado en ganarse la confianza de la comunidad mediante la oferta de servicios de calidad y calidez. Para ello establece metas institucionales que respondan a los niveles de satisfacción de la población respecto a la atención que reciben en el centro. A través de la carta compromiso al ciudadano el centro se ha comprometido a un cumplimiento del mas del 90% en trato humanizado en los distintos servicios y entregad e los resultados en menos de 72 horas en pacientes ambulatorios en el laboratorio. Estos resultados son evaluados a través de auditorias del cumplimiento de estos compromisos realizadas por el MAP. También estos datos son reportados en transparencia del portal web del centro.</p> <p>Evidencia: Resultados de encuestas de satisfacción por mes, Resultados de pruebas de laboratorio entregados en menos de 72 horas. Evaluación Carta Compromiso.</p> <p>Los ciudadanos/clientes forman parte de los procesos de trabajo y toma de decisiones a partir de reuniones con estos de manera periódicas y a la formación del comité ejecutivo ampliado. Esto también se ve reflejado a través de las encuestas de satisfacción el cual percibe el nivel de</p>	

<p>3. Accesibilidad (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de apertura y de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).</p> <p>4. Transparencia (en el funcionamiento de la organización, en la explicación de la legislación aplicable, en los procesos de toma de decisiones, etc.).</p>	<p>participación de los ciudadanos clientes. En base a los resultados de la Encuesta de Percepción a Hogares del 2017, se reafirma la valoración positiva que tiene la comunidad sobre el grado en que el centro involucra y da participación a los ciudadanos/clientes en el proceso de mejora de los servicios, pues 81% de los participantes en hogares consideran excelente, muy bueno y/o bueno el grado en que el centro toma en cuenta las sugerencias de los usuarios y usuarias, en comparación con el 80% del año anterior</p> <p>Evidencia: Comité ejecutivo ampliado, reuniones, minutas, listado de asistencia. Encuesta de Satisfacción.</p> <p>A través de las encuestas de percepción, se establece el criterio de la facilidad de acceder al HPHM y la forma también de acceder a los servicios de estos, arrojando resultados positivos en cuanto a estos, reflejado en el nivel de satisfacción general global del centro.</p> <p>Evidencia: Encuestas de Percepción de los usuarios externos.</p> <p>La transparencia en el funcionamiento de la organización se evidencia a través de los resultados de las encuestas de satisfacción, quejas y sugerencias expresadas por los usuarios y por las evaluaciones realizadas por la DIGEIG.</p>	
--	---	--

<p>5. Productos y servicios (calidad, confianza, cumplimiento con los estándares de calidad, tiempo para asesorar, calidad de las recomendaciones dadas a los ciudadanos/clientes, enfoque medioambiental, etc.).</p> <p>6. La diferenciación de los servicios de la organización en relación con las diferentes necesidades de los clientes (género, edad, etc.).</p> <p>7. La información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).</p>	<p>Evidencia: Encuestas de satisfacción, quejas y sugerencias, resultados evaluaciones DIGEIG.</p> <p>A través de las encuestas realizadas para medir el nivel de cumplimiento de los productos y servicios ofrecidos y comprometidos en la carta compromiso al ciudadano, se refleja los resultados de los ciudadanos/clientes en este aspecto. También a partir de las auditorias, se refleja el nivel de cumplimiento con los estándares de calidad del centro en cuanto a servicios.</p> <p>Evidencia: Carta Compromiso al Ciudadano, Auditorias, Encuestas de satisfacción, Balance score card.</p> <p>La diferenciación de los servicios del HPHM se refleja a través de los resultados estadísticos recolectados dentro de este, como son: Sexo, edad, peso y talla, discapacidad.</p> <p>Evidencia: Matrices bases de datos, balance score card, reporte 67^a, distintos reportes.</p> <p>A través del portal web del HPHM se puede encontrar las informaciones disponibles de todos los servicios del centro, así como de los resultados de la gestión en la sección de transparencia. En adición a esto se encuentran otros mecanismos como son el call center, redes sociales, app Hugo Mendoza; acompañado por el stand de</p>	
---	---	--

<p>8. La correcta recepción de la información por los clientes/ciudadanos.</p> <p>9. La frecuencia de encuestas de opinión a los ciudadanos/clientes en la organización.</p> <p>10. Nivel de confianza hacia la organización y sus productos/servicios.</p>	<p>información colocado a la entrada del centro, todo esto disponible para todos los grupos de interés.</p> <p>Evidencia: Portal Web, Transparencia portal web, redes sociales, app Hugo Mendoza, call center.</p> <p>A través de las encuestas de percepción, existe la pregunta sobre el nivel de satisfacción con relación a la información brindada por el personal del HPHM. También existen mecanismos como el buzón de quejas y sugerencias en el cual los ciudadanos y clientes colocan sus opiniones de acuerdo al servicio recibido.</p> <p>Evidencia: Encuesta de percepción a los usuarios. Buzones de quejas y sugerencias.</p> <p>De forma diaria se realizan encuestas a los ciudadanos clientes en las distintas áreas del centro, haciendo de este, un informe mensual sobre los resultados obtenidos a través de estos. Esto es parte de la política aplicada por el SNS y también el procedimiento para encuestas descrita por el HPHM.</p> <p>Evidencia: Procedimientos HPHM, Política SNS, Encuestas e informes de satisfacción.</p> <p>A través de los buzones de quejas y sugerencias se activa un acápite donde el</p>	
---	---	--

	<p>ciudadano cliente puede recomendar los servicios del centro a otras personas. También a través de las encuestas de percepción realizadas se puede medir el nivel de confianza que tiene estos con el centro.</p> <p>Evidencia: Encuestas e informes de percepción usuarios externos, buzones de quejas y sugerencias</p>	
--	--	--

6.2. Mediciones de resultados.

Resultados en relación con la participación:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Grado de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones.</p>	<p>Si bien el diseño del catálogo de servicios de un Centro Especializado de Atención de Salud de tercer nivel de atención lo hace el nivel central del Ministerio de Salud Pública en coherencia con los lineamientos internacionales de las instituciones correspondientes y el Consejo Nacional de la Seguridad Social donde participa la sociedad civil, el hospital constantemente implica a los grupos de interés de la institución en la evaluación de los servicios así como las mejoras a aplicar a los mismos, muestra de ello es la cantidad de actividades que la institución integra a los grupos de interés, para el primer semestre de 2017 se trazó el objetivo de tres actividades, lográndose cinco para un cumplimiento de un 167%. A partir de esta se realizó el procedimiento de gestión de grupo de interés, en el cual se llevan actividades en</p>	

<p>2. Sugerencias recibidas e implementadas.</p>	<p>dos ocasiones al año, cumpliéndose al 100% de estos. En el hospital se realiza encuestas a los pacientes y familiares para medir los resultados de los servicios y los productos aplicados a los pacientes, en las áreas de laboratorio, consulta externa, emergencia e internamientos, también tenemos instalados buzones de sugerencia en la misma área las mismas son socializadas.</p> <p>Evidencias: Informe de resultados obtenidos en la apertura de buzones y de encuestas realizadas. Política Gestión GGII, Actividades realizadas (reuniones minutas fotos)</p> <p>Aperturamos los buzones de quejas y sugerencias de manera semanal, donde se realizan reporte de los documentos encontrados, se le da repuestas a los ciudadanos que escriben ya sea queja o sugerencias y se toma lo expuesto para la mejora continua de los servicios brindados. Como ejemplo de mejoras implementadas son mejor calidad en el servicio de comida, donde ya no se reciben quejas sobre estos, mejora de la productividad del call center de un aumento del 50% al 83% de rendimiento. Tickets de tunos en facturación, eliminación de la impresión citas médicas, mejoras en el servicio de cita a través del uso del WhatsApp, etc.</p> <p>Evidencias: Informe de resultados obtenidos en la apertura de buzones, plan de mejora. calidad en el servicio</p>	
--	---	--

<p>3. Grado de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes.</p> <p>4. Indicadores de cumplimiento de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes.</p>	<p>de comida, mejora de la productividad del call center de un aumento del 50% al 83% de rendimiento. Tickets de tunos en facturación, eliminación de la impresión citas médicas, mejoras en el servicio de cita a través del uso del WhatsApp, etc.</p> <p>Entre los métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos el HPHM cuenta con muchos, como por ejemplo el Call Center, App Hugo Mendoza, Sistemas SGA y turnos HUGO COLA</p> <p>Evidencia: Call Center, App Hugo Mendoza, Sistemas SGA y turnos HUGO COLA, Consulta Adolescentes, Consultas Síndrome de Down, Unidad de Genero, Unidad Hemato – oncología. REPORTE 67ª DE PRODUCCIÓN. SGA REPORTE ESTADISTICOS DE ATENCIÓN.</p> <p>En la institución se garantiza un ambiente libre de discriminación, que facilita el acceso a los servicios de salud a niños/as y adolescentes, en el marco del respeto a la dignidad humana, las leyes y normas nacionales e internacionales, independientemente de su condición socioeconómica, procedencia geográfica, sexo, pertenencia a algún grupo étnico o creencia religiosa, etc. Entre esas acciones se puede citar la existencia de una política de exoneraciones según nivel socioeconómico de los usuarios, las campañas institucionales</p>	
--	--	--

<p>5. Alcance de la revisión periódica realizada con los grupos de interés para supervisar sus necesidades cambiantes y el grado en que se cumplen.</p>	<p>de promoción de los derechos de la niñez, y de los derechos y deberes de los usuarios, así como también la gestión estadística de la información institucional con perspectiva de género.</p> <p>Evidencia: Reportes estadísticos Exoneraciones. Informe atención Unidad de Género. Informe 67ª. Balance score card.</p> <p>El hospital tiene plasmado la importancia de la comunidad, por eso ha creado un programa llamado “El Hospital y la Comunidad”, la cual se planifica anualmente encuentros con líderes de las comunidades y representantes de grupos de interés para supervisar sus necesidades cambiantes. Se han realizado varios encuentros, en la que se analizó el plan operativo de la institución y se dio apertura a un foro abierto, mientras que en la segunda se tocaron temas como la política de calidad, la política de los grupos de interés, socialización de las encuestas, carta compromiso y evaluación de los servicios.</p> <p>Evidencia: Reuniones grupos de interés, informes de cumplimiento.</p>	
---	---	--

Resultados de la accesibilidad de la organización:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
----------	--------------------------------------	-----------------

<p>1. Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).</p>	<p>La institución tiene los horarios de los servicios establecidos y divulgados en los canales de comunicación de lugar. Cabe destacar que el servicio de consulta externa tiene horario extendido de doce horas, a fin de que las madres y padres puedan acceder a servicios básicos de salud sin que afecte la productividad nacional, al tener que ausentarse de sus trabajos para cubrir las necesidades de salud de sus niños, niñas y adolescentes cumpliendo con la disposición del Servicio Nacional de Salud. Se registra la hora de llegada y de salida de todos los médicos, enfermeras y todo el personal del HPHM por medio del sistema de ponche. Esto se publica a través del POA como una actividad, el cual se realiza un informe sobre esto (estadísticamente) más el indicador de índice de ausentismo.</p> <p>Evidencia: Publicación de la cartera de servicios, monitores con horarios y cartera de servicios, pagina web y redes sociales. Índice de ausentismo, Reporte de horarios del centro, Reporte Agenda Medica.</p>	
<p>2. Tiempo de espera. Tiempo para prestar el servicio.</p>	<p>Por otro lado, a fin de garantizar la atención oportuna en las diferentes áreas, el hospital establece mediciones precisas sobre el tiempo de espera de los diferentes servicios que ofrece mediante la implementación de estudios de análisis de teoría de cola para los procesos de emergencia y consulta ambulatoria. El Sistema SGA en emergencia para el triaje de Manchester calcula el tiempo</p>	

<p>3. Costo de los servicios.</p>	<p>de espera de cada paciente en cada etapa que se encuentra. A través de la encuesta de satisfacción se mide la percepción de los usuarios sobre la rapidez para ser atendido.</p> <p>Evidencia: Reporte Tiempo de espera consultas. SGA triaje de Manchester tiempo de espera. Encuesta de Satisfacción Rapidez en el servicio. Carta Compromiso Atributo Atención Oportuna Laboratorio.</p> <p>El costo de los servicios que oferta el hospital según el estatus de los usuarios en el SDSS, será cubierto total o parcialmente por el sistema y/o por las familias. En ese sentido, preocupados por la accesibilidad de los servicios la variable costos era una pregunta obligada en las encuestas de percepción, evidenciándose en los resultados en la última Encuesta de Satisfacción a Usuarios Externos, abril del 2017, arrojando que un 97% de las personas encuestadas en diferentes momentos han considerado apropiados los costos de los servicios ofertados en el centro. Sumado a que la institución cuenta con acuerdos/alianzas/contratos, con todas las Administradores de Riesgos de Salud (ARS) del país. Los servicios de emergencias y de ciertas consultas externas son totalmente gratuita para los ciudadanos, los cuales pueden aportar un monto honorifico por ellos mismo para contribuir al hospital.</p> <p>Evidencia: Reporte de Facturación de los servicios. Estadísticas de</p>	
-----------------------------------	---	--

4. Disponibilidad de información acerca de la responsabilidad de gestión de los distintos servicios.	Exoneración de montos en Hospitalización y demás servicios. Cartera de Servicios Portal Web y Redes sociales.	
--	---	--

Resultados en relación con la transparencia de la prestación de servicios y productos:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Número de canales de información y su eficiencia.	<p>El compromiso con la disponibilidad de la información a los clientes ha llevado al aprovechamiento de las tecnologías de la información y la comunicación al integrar numerosos canales de información. Por estas vías se reciben quejas y sugerencias las cuales son registradas en la matriz de quejas y sugerencias. También se hace un reporte de las cantidades de llamadas recibidas al call center, las citas programadas y las confirmadas. A través de las encuestas de satisfacción se mide la facilidad que tienen los usuarios para contactar una cita y también para acceder a los servicios.</p> <p>Evidencia: Redes Sociales (Facebook, Twitter e Instagram), Página Web, Email, Central Telefónica, Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI), App Hugo Mendoza. Reporte de llamadas call center, Matriz de quejas y sugerencias. Encuesta de Satisfacción (resultados).</p>	

<p>2. Disponibilidad y precisión de la información.</p>	<p>La información y precisión de esta, se encuentra disponible en tiempo real gracias a la facilidad de publicación de las redes sociales. También es importante señalar que el HPHM cumple con las normas de las OPTIC por las cuales este certificado el centro.</p> <p>Evidencia: Evaluacion OPTIC normas OPTIC. Portal Web. Redes sociales.</p>	
<p>3. Disponibilidad de los objetivos de rendimiento de la organización.</p>	<p>Los objetivos de rendimiento de la organización están publicados en el portal web en transparencia, reportes como el 67^a, Ejecución del POA y su porcentaje de cumplimiento. Ranking de Hospitales como el SISMAP SALUD.</p> <p>Evidencia: 67^a, Cumplimiento Porcentaje POA. Ranking de Hospitales SISMAP SALUD.</p>	
<p>4. Número de actuaciones del Defensor Público. 5. Alcance de los esfuerzos para mejorar la disponibilidad, precisión y transparencia de la información.</p>	<p>El alcance para los esfuerzos de la transparencia de la información, se trabajó las normas y certificaciones de las OPTIC (NORTICS), lo que ha llevado que en las evaluaciones realizadas por al DIGEIG y la OPTIC. Estamos en un 100%</p> <p>Evidencia: Evaluacion DIGEIG 100%, CERTIFICACIONES OPTICS, RECONOCIMIENTO OPTIC.</p>	<p>No se evidencia esta actividad.</p>

Resultados de los indicadores sobre la calidad de los productos y la prestación de servicios:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Número y tiempo de procesamiento de las quejas.</p> <p>2. Número de expedientes devueltos por errores o casos que necesiten repetir el proceso/compensación.</p> <p>3. Cumplimiento de los estándares de servicio publicados (por ejemplo requerimientos legales).</p>	<p>De acuerdo al procedimiento de quejas y sugerencias realizado por el SNS, y como se tienen establecido en la CCC, las quejas tienen un plazo de respuestas no mayor a 15 días.</p> <p>Evidencia: Procedimiento de quejas y sugerencias. Matriz de quejas y sugerencias, Carta Compromiso al Ciudadano.</p> <p>A través del proceso de auditoría médica y reclamaciones de seguros, los expedientes son revisados y auditados con el fin de que se cumplan con los requisitos legales y las normas de expedientes clínicos. Con estos procesos se han devueltos expedientes que no cumplen con estas características. Las ARS devuelven estos expedientes que no cumplen con estos requerimientos lo cual se ve reflejado en el las glosas (monto glosado) por parte de esta.</p> <p>Evidencia: Monto Glosado, Expedientes Glosados. Numero de expedientes que no cumplen con las normas de expedientes clínicos.</p>	<p>No se evidencia esta actividad.</p>

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Considerar qué resultados ha alcanzado la organización para satisfacer las necesidades y expectativas de su personal, por medio de resultados de....

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

Resultados en relación con la percepción global de las personas acerca de:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. La imagen y el rendimiento global de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, otros grupos de interés).</p> <p>2. Involucramiento de las personas de la organización en el de toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores.</p> <p>3. Participación de las personas en las actividades de mejora.</p>	<p>A través de las encuestas de satisfacción y buzones de sugerencias, donde se evalúa si recomienda el centro a otras personas, y el nivel de accesibilidad a los servicios, esto gracias a los logros que ha obtenido el centro y el servicio humanizado.</p> <p>Evidencia: Encuesta de satisfacción</p> <p>Para la elaboración de la misión visión y valores, se realiza una reunión con los colaboradores, con el fin de plasmar una nueva versión, en donde cada uno pueda plasmar su idea. También se realizan concursos de misión visión y valores, donde se premia al mejor equipo de trabajo, también a los grupos de trabajo que modelen mejor los valores, y se colocan en todo el centro letreros con estas informaciones con el fin de que todos manejen la información. Esto se evidencia a través de estos concursos e incentivos, y también en las encuestas de clima laboral.</p> <p>Evidencia: Concurso misión visión y valores, Encuesta de Clima Laboral.</p> <p>A través del concurso de innovación y la política de puertas abiertas donde cada uno de los colaboradores puede proponer mejoras de los procesos del centro. Esto se visualiza en el nivel de percepción de los colaboradores mediante las encuestas de clima laboral, donde</p>	

<p>4. Conocimiento de las personas de los posibles conflictos de interés y la importancia de un compromiso ético.</p> <p>5. Mecanismos de consulta y dialogo.</p> <p>6. La responsabilidad social de la organización.</p>	<p>existe un acápite para evaluar si el centro toma en cuenta la participación de estos.</p> <p>Evidencia: Encuesta de clima laboral.</p> <p>Los colaboradores conocen sobre los conflictos de interés y la importancia de un compromiso ético gracias a los talleres realizados dentro del centro, tanto por entidades externas como por equipos de trabajo internos.</p> <p>Evidencia: Talleres de capacitación, horas de capacitación, encuesta de ética a través del comité de ética.</p> <p>A través de política de puertas abiertas los colaboradores pueden acceder ante cualquier líder de procesos a consultar y a dialogar sobre cualquier tópico. También existe el PABE donde se les da asistencia integral a los colaboradores que así lo necesiten.</p> <p>Evidencia: Encuesta de clima laboral. Cantidad de personas auxiliadas por el PABE.</p> <p>El HPHM cumple con su responsabilidad social, lo cual se puede evidenciar los programas de veranos, donde se reciben mas de 100 estudiantes para recibir capacitación y enteramiento por dos semanas. También se encuentran las jornadas médicas, donde el equipo medico con diferentes especialidades se trasladan a la comunidad a brindar servicio de salud de manera gratuita.</p>	
---	--	--

	<p>Evidencia: Cantidad de Jornadas Medicas y Cantidad e pacientes atendidos en cada una. Cantidad de programas de verano. Jornada de procedimientos quirúrgicos, Operación Sonrisa.</p>	
--	--	--

Resultados relacionados con la percepción de la dirección y con los sistemas de gestión:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo, estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.</p> <p>2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.</p>	<p>Se realizan acuerdos de desempeños con cada uno e los colaboradores, se realiza el PEI donde se establecen los objetivos y metas de la institución, elaboración de presupuestos, entre otras. Todo esto se mide a través de las encuestas de clima laboral, donde los colaboradores expresan su nivel de satisfacción con los lideres y directivos de a la organización.</p> <p>Evidencia: Encuesta de Clima laboral, Cantidad de acuerdos de desempeño firmadas por los colaboradores.</p> <p>El diseño y la gestión de los distintos procesos, esta visualizado en el mapa de procesos de la institución, así como también el manual de funciones estandarizado por el MAP. Se evidencia</p> <p>Evidencia: Encuesta de clima laboral, Manual de Funciones, Mapa de procesos.</p>	

<p>3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.</p>	<p>Las tareas son repartidas y evaluadas a través de los acuerdos de desempeño. Estos acuerdos son socializados y firmados por el supervisor inmediato y el colaborador. Estos son evaluados dos veces al año por parte de Gestión Humana. Estos resultados en conjunto con los indicadores son reportados en el balance score card, y la plantilla de evaluación acuerdos de desempeño.</p> <p>Evidencia: Matriz evaluación resultados acuerdos de desempeño, Balance Score Card.</p>	
<p>4. La extensión y calidad con la que el esfuerzo individual y de equipo es reconocido.</p>	<p>Mediante el índice de movilidad realizado por gestión humana, se evidencia que tanto el personal ha sido promovido de su posición. Aparte de esto se tiene la encuesta de clima laboral donde se evalúa este aspecto mediante la percepción de los colaboradores con relación al reconocimiento y promoción. La milla extra, política de reconocimiento y concursos, son medidas en los cuales son reconocidos los colaboradores.</p> <p>Evidencia: Cantidad de colaboradores reconocidos, Encuesta clima laboral, Índice de movilidad, cantidad de propuestas en innovación,</p>	
<p>5. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.</p>	<p>A través del concurso de innovación el hospital promueve e incentiva a los colaboradores presentar mejoras y buenas prácticas para ser implementadas en el centro. Esto se evidencia el aumento ascendente de las</p>	

	<p>propuestas de 1 propuesta en 2016 a 22 para el 2018.</p> <p>Evidencia: Cantidad de concursos de innovación llevado a cabo + cantidad de propuestas de mejoras + cantidad de mejoras implementadas.</p>	
--	--	--

Resultados relacionados con la percepción de las condiciones de trabajo:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. El ambiente de trabajo (por ejemplo, cómo la gestión de conflictos, agravios o problemas personales, mobbing) y la cultura de la organización (por ejemplo la promoción de la transversalidad entre departamentos, unidades, etc.).</p> <p>2. El enfoque hacia las cuestiones sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, salud).</p>	<p>A través de la encuesta de clima laboral se mide el nivel de satisfacción de los colaboradores con relación a las condiciones de trabajo dentro del centro. A través del PABE se realiza la gestión de gestión humana para crear un ambiente de trabajo adecuado, evitando problemas personales, mobbing laboral la cual mediante charlas se concientiza a los colaboradores y el comité de ética. La cultura de la organización se mide a través del índice de movilidad.</p> <p>Evidencia: Encuesta clima laboral, Índice de movilidad, Total atenciones PABE, salud ocupacional y cantidad de accidentes laborales.</p> <p>La tendencia positiva en términos de reducción en el índice de rotación, debido a, entre otras causas, la mejora en los procesos de selección y la Implantación del Programa de Asistencia y Bienestar de los Empleados</p>	

<p>3. La toma en consideración de la igualdad de oportunidades y del trato y comportamientos justos en la organización.</p> <p>4. La disposición del lugar de trabajo y las condiciones ambientales de trabajo.</p>	<p>(PABE). Por medio de la participación y promoción de iniciativas en todos los grupos de personas, la conciliación de la vida, de la reducción de estrés laboral, el hospital trata de regular y reducir el ausentismo para llevarlo y mantenerlo en la meta, o menor.</p> <p>Evidencia: Índice de Rotación. Encuesta de clima laboral.</p> <p>No regimos por la Ley 41-08 de Función Pública para otorgar el derecho que corresponda al servidor público. Este aspecto se mide la percepción de los colaboradores en este aspecto a través de la encuesta de clima laboral.</p> <p>Evidencias: Ley 41-08, expediente de cada colaborador. Encuesta de clima laboral. Índice de movilidad. Cantidad de reconocimientos a colaboradores.</p> <p>Se evidencia la percepción positiva sobre el trato justo y el comportamiento en la organización, sobre la disposición del lugar y las condiciones ambientales.</p>	
---	---	--

Resultados relacionados con la percepción del desarrollo de la carrera y habilidades profesionales:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Plan de Carrera sistemático y desarrollo de competencias.	Gestión Humana trabaja la parte del desarrollo de competencias de los colaboradores. Se promueve y planifica la movilidad interna, conforme a una Política de Planeación de Carrera que fue incluida en	

<p>2. Motivación y empoderamiento.</p> <p>3. Acceso y calidad de la formación en relación con los objetivos estratégicos de la organización.</p>	<p>2016 durante la actualización del Manual de Políticas de Recursos Humanos. Dicha política se implementa de manera gradual, habiendo iniciado su puesta en práctica con el grupo ocupacional que incluye a los encargados y coordinadores. En 2017 se actualizaron las planeaciones de carrera del grupo mencionado, al tiempo de incluir a colaboradores de áreas de gran cantidad de empleados. Se mantiene en marcha la ampliación del alcance de la planeación de carrera.</p> <p>Evidencia: Plan de Capacitaciones. Índice de Movilidad.</p> <p>A través de charlas de motivación, empoderamiento y liderazgo, gestión humana promueve estos a todos los colaboradores. De igual forma se utiliza el círculo de desarrollo gerencial, coaching para los diferentes equipos de trabajo.</p> <p>Evidencia: Plan de capacitación. Cantidad de participantes y horas dadas, Encuesta de Clima Laboral.</p> <p>Evaluaciones de aumentos y mejoras en los acuerdos de desempeño a partir de capacitaciones y mejoras de procesos.</p> <p>Evidencia: Encuesta de clima laboral, Resultados de las evaluaciones de desempeño. Evaluaciones POA Y SISMAP SALUD.</p>	
---	--	--

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del desempeño.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Indicadores relacionados con el comportamiento de las personas (por ejemplo, nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).</p> <p>2. Indicadores en relación con la motivación y la implicación (por ejemplo, índices de respuesta a las encuestas de personal, número de propuestas de mejora, participación en grupos de discusión internos).</p> <p>3. Indicadores relacionados con el rendimiento individual (por ejemplo, índices de productividad, resultados de las evaluaciones).</p> <p>4. Nivel de involucramiento en las mejoras de las actividades.</p>	<p>El HPHM cuenta con diferentes mecanismos para evaluar el desempeño de las personas.</p> <p>Evidencia: Índice de ausentismo, índice de rotación, Índice de Movilidad, Total atenciones de salud ocupacional,</p> <p>Como evidencia de los indicadores de motivación y la implicación el HPHM utiliza las encuestas de clima laboral y el concurso de innovación.</p> <p>Evidencia; Cantidad de propuestas realizadas en el concurso de innovación, Cantidad de reuniones comités, Encuestas clima laboral.</p> <p>Gestión humana evalúa el rendimiento de individual de cada colaborador a través de los acuerdos de desempeño y la evaluación por competencias.</p> <p>Evidencia: Resultados evaluaciones de desempeño, régimen ético disciplinario y competencias.</p> <p>El HPHM involucra a todo el personal en las mejoras de las actividades a través de los distintas comités y grupos de trabajos.</p> <p>Evidencia: Buzones de quejas y sugerencias y reuniones con los</p>	

<p>5. Nivel de uso de las tecnologías de la información y la comunicación.</p>	<p>involucrados. Sesiones de trabajo comité de calidad. Propuestas de mejoras independientes y comité de innovación.</p> <p>El HPHM se asegura que todo colaborador de nuevo se le cree su correo electrónico con el nombre y apellido, acompañado del dominio del centro. El centro ha sido reconocido por la OPTIC como la segunda mejor institución a nivel nacional, en todos los sectores, en el uso de las TICS y número uno en el sector salud.</p> <p>Evidencia: Uso intranet, cantidad de tickets generado en tecnología + cantidad de tickets resueltos. 5 Certificaciones NORTIC, Cantidad de correos electrónicos /cantidad de colaboradores.</p>	
<p>6. Indicadores relacionados con el desarrollo de las capacidades (por ejemplo, tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).</p>	<p>Como parte de la medición del desarrollo de las capacidades, se tiene el nivel de cumplimiento del plan de capacitación, además la cantidad de horas de capacitación han recibido los colaboradores.</p> <p>Evidencia: % Cumplimiento plan de capacitaciones, Cantidad de Horas impartidas. Cantidad de colaboradores capacitados</p>	
<p>7. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los ciudadanos/clientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al ciudadano/ cliente, número de quejas de los</p>	<p>A través de las encuestas de percepción de los usuarios externos y el monitoreo de las llamadas call center se verifica el nivel de capacidad de los colaboradores para tratar con los ciudadanos clientes. Además de esto</p>	

<p>ciudadanos/clientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes.).</p>	<p>se tiene documentado las cantidades de charlas y talleres sobre humanización de los servicios, inteligencia emocional, manejo de conflictos entre otros.</p>	
<p>8. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p>	<p>Evidencia: Resultados encuestas de satisfacción sobre el trato de los médicos, enfermeras y administrativos. Cantidad de talleres, charlas y horas de capacitaciones.</p> <p>Mediante la política de acción afirmativa y reconocimiento a empleados, se reconoce dos veces al año a los grupos que modelen los valores del centro.</p>	
<p>9. Número de dilemas éticos reportados (por ejemplo, posible conflicto de interés).</p>	<p>Evidencia: Cantidad de reconocimientos al año de los colaboradores y grupos de trabajo. Concurso Misión Visión y valores, La milla extra.</p> <p>El centro cuenta con el PABE y el comité de ética para el manejo de conflictos éticos y de interés dentro de la institución. Todo esto se maneja de manera discreta, como política de estos mecanismos/programas.</p>	
<p>10. Frecuencia de la participación voluntaria en actividades relacionadas con la responsabilidad social, promovidas por la organización.</p>	<p>Evidencia: Estadísticas asistencia PABE y Comité ético.</p> <p>De manera anual y semestral, los colaboradores pueden participar de manera voluntaria en los operativos médicos realizados en las distintas comunidades. También participan en otros operativos que surjan necesario, como, por ejemplo, jornada</p>	

	<p>de descacharrización para evitar el dengue y el zika. Se cuenta con el programa de verano para jóvenes estudiantes.</p> <p>Evidencia: Política Jornada Medica, Programa el Hospital y la comunidad.</p>	
--	---	--

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Tomar en consideración qué está logrando la organización con la responsabilidad social, mediante los resultados de.....

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Conciencia pública del impacto del funcionamiento de la organización sobre la calidad de vida de los ciudadanos/clientes. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.</p> <p>2. Reputación de la organización, (por ejemplo, como empleadora o contribuyente a la sociedad local o global).</p>	<p>A través de las encuestas a los grupos de internes, se percibe el nivel de satisfacción de los ciudadanos sobre la importancia y el papel que tiene el hospital con la comunidad. Actividades como jornada médica, programa de verano, acciones que cambian vida, el hospital con la comunidad un juguete hace la diferencia, son partes del compromiso del hospital con la comunidad.</p> <p>Evidencia: Encuestas de percepción grupo de interés.</p> <p>El HPHM realiza encuestas de percepción a los líderes comunitarios y grupos de interés, donde se refleja el nivel de satisfacción de estos con el hospital con relación a la</p>	

<p>3. Percepción del Impacto económico en la sociedad en el ámbito local, regional, nacional e internacional, (por ejemplo, creación/atracción de actividades del pequeño comercio en el vecindario, creación de carreras públicas o de transporte público que también sirven a los actores económicos existentes.).</p> <p>4. Percepción del enfoque hacia las cuestiones medioambientales (por ejemplo percepción de la huella ecológica, de la gestión energética, de la reducción del consumo de agua y electricidad, protección contra ruidos y contaminación del aire, incentivo en el uso del transporte público, gestión de</p>	<p>reputación, posición e importancia del centro en la comunidad, en conjunto con sus aportes.</p> <p>Evidencia: Encuestas Líderes comunitarios y Grupo de interés.</p> <p>El centro tiene una valoración positiva en los aspectos generales, y consideran que la presencia del hospital en la comunidad ha significado un cambio positivo. Se han obtenido resultados por parte de los participantes, que piensan que el hospital es una institución que hace buenos aportes al país y a la comunidad de Santo Domingo Norte. En el mismo orden, 96.6% de los participantes considera que la existencia del hospital ha significado cambios positivos en los gastos de las familias para asuntos de salud. En este sentido las personas consideran que el hospital contribuye a que las familias del municipio Santo Domingo Norte puedan tener una mejor salud a largo plazo, impactando de manera positiva en la sostenibilidad de la comunidad, reflejando así el aporte sustancial a la mitigación del impacto económico que suponen las enfermedades en las familias.</p> <p>Evidencia: Encuesta de percepción líderes comunitarios y grupos de interés</p> <p>De acuerdo a los resultados de las encuestas de percepción a los líderes comunitarios, el hospital es una institución que hace aportes significativos al país y al municipio de Santo Domingo Norte en el marco de la interacción que la institución tiene con la comunidad y el</p>	
---	---	--

<p>residuos potencialmente tóxicos, etc.).</p> <p>5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).</p> <p>6. Percepción del impacto en la sociedad teniendo en cuenta la calidad de la participación democrática en el ámbito local, regional, nacional e internacional (por ejemplo conferencias, consulta y proceso de toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización sobre la seguridad, movilidad).</p> <p>7. Opinión del público en general sobre la accesibilidad y transparencia de la organización y su comportamiento ético (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).</p>	<p>medio ambiente</p> <p>Evidencia: Encuesta de percepción líderes comunitarios y grupos de interés</p> <p>De acuerdo a los resultados de las encuestas de percepción a los líderes comunitarios, el hospital es una institución que hace aportes significativos al país y al municipio de Santo Domingo Norte en el marco de la interacción que la institución tiene con la comunidad y el medio ambiente</p> <p>Encuesta de percepción líderes comunitarios y grupos de interés</p> <p>De acuerdo a los resultados de las encuestas de percepción a los líderes comunitarios, el hospital es una institución que hace aportes significativos al país y al municipio de Santo Domingo Norte en el marco de la interacción que la institución tiene con la comunidad y el medio ambiente.</p> <p>Encuesta de percepción líderes comunitarios y grupos de interés</p> <p>De acuerdo a los resultados de las encuestas de percepción a los líderes comunitarios, el hospital es una institución que hace aportes significativos al país y al municipio de Santo Domingo Norte en el marco de la interacción que la institución tiene con la comunidad y el medio ambiente</p>	
--	--	--

<p>8. Percepción de la participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).</p>	<p>Encuesta de percepción líderes comunitarios y grupos de interés. Evaluación de la DIGEIG 100% Transparencia.</p> <p>De acuerdo a los resultados de las encuestas de percepción a los líderes comunitarios, el hospital es una institución que hace aportes significativos al país y al municipio de Santo Domingo Norte en el marco de la interacción que la institución tiene con la comunidad y el medio ambiente</p>	
<p>9. Percepción de la institución en la cobertura mediática recibida relacionada con su responsabilidad social.</p>	<p>Encuesta de percepción líderes comunitarios y grupos de interés</p> <p>De acuerdo a los resultados de las encuestas de percepción a los líderes comunitarios, el hospital es una institución que hace aportes significativos al país y al municipio de Santo Domingo Norte en el marco de la interacción que la institución tiene con la comunidad y el medio ambiente</p> <p>Encuesta de percepción líderes comunitarios y grupos de interés</p>	

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo, presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de</p>	<p>El centro ha implementado el sistema de agua COWAY el cual utiliza el agua proveniente de los acueductos. Esto se ha visto reflejado en la</p>	

<p>las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).</p> <p>2. Calidad de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.</p> <p>3. Grado e importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).</p> <p>4. Apoyo destinado a las personas en situación de desventaja por ejemplo estimación del costo de la ayuda, número de</p>	<p>reducción de compras de botellones de agua. Para preservar y mantener los recursos, contamos con la tasa de reducción de papel en el HPHM como objetivo en el marco de un hospital verde y de reducción de coste en los materiales gastables.</p> <p>Evidencia: Tasa de reducción de uso de papel, Tasa de reducción de compras de botellones de agua. Cantidad de papel reciclado.</p> <p>EVIDENCIA: Encuesta Lideres comunitarios. Reuniones lideres comunitarios, actividades realizadas en la comunidad (jornadas medicas)</p> <p>El HPHM cuenta con plan de comunicaciones el cual realiza publicaciones a periódicos, revistas, se realiza media tour por diferentes canales de televisión y emisoras. Se realiza boletines informativos el cual también es enviado a los diferentes medios de comunicación. El grado de importancia de la cobertura de los medios de comunicación se mide a través de las visitas recibidas y benchlearnings recibidos luego de cada publicación, y el aumento de la demanda de los diferentes servicios.</p> <p>Evidencia: Matriz de comunicaciones, Cantidad de publicaciones en medios de comunicaciones. Reporte 67^a.</p> <p>El HPHM exonera de pagos a pacientes que no pueden cubrir sus gastos. Mensual el centro ha</p>	
---	---	--

<p>beneficiarios, etc.).</p> <p>5. Apoyo como empleador a las políticas de diversidad étnicas y de personas en situación de desventaja por ejemplo organizando programas/proyectos específicos para emplear a minorías étnicas).</p> <p>6. Apoyo a proyectos de desarrollo internacional y participación de los empleados en actividades filantrópicas.</p>	<p>exonerados más de 10 millones pesos en totales. Desde la apertura de la unidad de endoscopia, la unidad ha tratado a miles de pacientes cuyas intervenciones han sido exitosas. El estudio coste - efectividad de la Unidad de Endoscopia realizado en el centro refleja el ahorro que resulta a favor de los pacientes cuando prefieren utilizar los servicios de HPHM en este aspecto.</p> <p>Evidencia: Reportes Financieros de Exoneraciones. Total, de atenciones Unidad de Endoscopia.</p> <p>El HPHM, como ente responsable respecto a las políticas de diversidad étnicas y de personas en situación de desventaja, a través de la política de acción afirmativa ha contratado personas con estas condiciones. El hospital cuenta con no videntes, sordo mudos, autismo, síndrome de Down, entre otros.</p> <p>Evidencia: Cantidad de empleados con capacidades especiales a través del tiempo. Política acción afirmativa.</p> <p>El centro cuenta con apoyo a proyectos internacionales como Operación Sonrisa, Labios leporinos, Se evidencia el apoyo a proyectos internacionales, Operación Sonrisa, operaciones de labios leporinos y paladar hendido, y jornada quirúrgica en Santiago. Todos estos servicios son ofrecidos de manera gratuita.</p>	
---	---	--

<p>7. Apoyo a la participación social de los ciudadanos/clientes, otros grupos de interés y empleados).</p> <p>8. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros (número de conferencias abiertas organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).</p> <p>9. Programas para la prevención de riesgos para la salud y de accidentes, dirigidos a los ciudadanos/clientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, para la lucha contra el tabaquismo, para la educación en una alimentación saludable, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).</p>	<p>Evidencia: Operativos médicos, Cantidad de proyectos llevados a cabo. Cantidad de pacientes atendidos.</p> <p>La institución gestiona la participación de los empleados en actividades filantrópicas, como por ejemplo se evidencia la cantidad de participaciones del Grupo de Teatro.</p> <p>Evidencia: Numero de actividades grupos de teatros.</p> <p>En lo referente al intercambio productivo de conocimiento e información con otros la institución realiza conferencias abiertas anualmente, benchlearnings, como, por ejemplo, conocimientos sobre CAF a 27 hospitales (pro hospital), carta compromiso, EFQM, Manejo de la excelencia en la gestión hospitalaria, entre otros.</p> <p>Evidencia: Cantidad de Benchlearnings Realizados.</p> <p>En cuanto a la prevención de riesgos, la Unidad de Salud Ocupacional del Hospital implementa un Plan de Vacunación de Empleados como seguimiento y seguimiento de cada empleado para aplicar las vacunas relevantes para reducir el impacto de las enfermedades inmunoprevenible. Se realizan análisis médicos a todo el personal de contacto crítico en distintas áreas, y se pone en tratamiento aquellos que presentan hallazgos. Se encuentra el Programa de asistencia al empleado PABE, donde se le ayuda a los colaboradores con</p>	
--	--	--

<p>10. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo informe de sostenibilidad).</p>	<p>distintas consultas y ayuda, como finanzas, jurídico y manejo nutricional.</p> <p>Evidencia: Pruebas médicas al personal, Cantidad de colaboradores vacunados. Cantidad de talleres de salud a colaboradores programados y otorgados. Costo de los talleres de capacitación a través del plan de capacitación. Número de empleados asistidos a través del PABE.</p> <p>La gestión administrativo financiero realizada cada año el informe de sostenibilidad del centro y se muestra la comparación el año anterior de gestión. También se reporta a través de las memorias institucional.</p> <p>Evidencia: Balance General, Informe de sostenibilidad financiera, Memorias institucional.</p>	
--	---	--

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO

Considerar los resultados alcanzados por la organización en relación con.....

SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: resultados e impacto a conseguir.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Resultados en términos de output (cantidad y calidad de la prestación de servicios y productos).</p>	<p>Los resultados en términos de salida de los servicios ofrecidos por el hospital son evidenciados y documentados en los reportes de 67ª el cual, mensualmente detalla el nivel de producción de servicio presenta el centro en los diferentes procesos. El análisis de calidad de estos se mide a través de las encuestas de</p>	

<p>2. Resultados en términos de outcome (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos.).</p>	<p>satisfacción de los servicios y las quejas presentadas.</p> <p>Evidencia: Reporte 67ª y 72ª, Tablero de Mando, Encuesta de Satisfacción usuario externos. SGA,</p> <p>El impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios ofrecidos se encuentran evidenciado en la cantidad de atenciones brindadas por el centro, y en aumento en la comunidad de Santo Domingo Norte, y también a la extensión de atenciones a pacientes pediátricos en todo el país. Total, de atenciones brindadas en la comunidad a través de las jornadas médicas. Contratación de personas de la comunidad, programa de verano y pasantías para jóvenes estudiantes de la comunidad. Atenciones a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia y/o abuso, contratación de personas con condiciones especiales (hospital inclusivo), atenciones a niños niñas y adolescentes con síndrome de Down.</p> <p>Evidencia: Total, de atenciones brindadas en la comunidad a través de las jornadas médicas. Contratación de personas de la comunidad. Cantidad de programas de verano y pasantías para jóvenes estudiantes de la comunidad. Atenciones a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia y/o abuso, contratación de personas con condiciones especiales (hospital</p>	
---	--	--

<p>3. Nivel de calidad de los servicios o productos facilitados en cuanto a estándares y regulaciones.</p>	<p>inclusivo), atenciones a niños niñas y adolescentes con síndrome de Down.</p> <p>La necesidad de cubrir las demandas en materia de atención en salud de niños, niñas y adolescentes de Santo Domingo Norte y las zonas aledañas implica mantener un alto estándar de calidad, el cual se sustenta en el cumplimiento de los lineamientos ordenados por el Ministerio de Salud Pública. En este sentido, el hospital evidencia el cumplimiento de los requisitos para la Habilitación como Centro Especializado de 3er nivel, así como también el funcionamiento de la Cocina Hospitalaria de acuerdo con el Permiso Sanitario otorgado por el Ministerio de Salud Pública y la cual está certificada bajo la norma NORDOM 646 para el manejo de alimentos</p> <p>Evidencia: Habilitación de los servicios, Permiso de salud ambiental, Permiso Sanitario, Certificación de Energía. Certificación Cocina NORDOM 646</p>	
<p>4. Grado de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.</p>	<p>El grado de cumplimiento de los contratos y acuerdos entre las autoridades y la organización se ve reflejada en el cumplimiento de la certificación de habilitación de los servicios, también a través de las evaluaciones del POA, transparencia de la DIGEIG, SISMAP SALUD,</p> <p>Evidencia: Sismap SALUD, POA, Habilitación del hospital y servicios, Ministerio Salud Publica a través del</p>	

<p>5. Resultados de las inspecciones y auditorias de resultados de impacto.</p>	<p>cumplimiento de los indicadores priorizados.</p> <p>Se evidencian inspecciones y auditorias, por parte de salud ambiental del MISPAS, así como las auditorias medicas por parte de las ARS. También se realizan auditorias por parte del Ministerio de Salud Pública Área III para el cumplimiento de los indicadores priorizados de salud. Auditoria de SNS atención al usuario. Auditoría premio iberoamericano el cual tuvo como resultado Oro para la gestión del centro. Auditoria por parte de la DIGEIG transparencia el cual se tiene un 100% de cumplimiento. Sismap Salud el cual se tiene el primer lugar.</p> <p>Evidencia: Informes de auditoría Área III de salud, Auditoria POA, Auditoria Cocina MSP, Auditoria DIGEIG, Auditoria expedientes ARS y Viceministerio de la Garantía a la Calidad.</p>	
<p>6. Resultados del benchmarking (análisis comparativo) en términos de outputs y outcome.</p>	<p>Se evidencia realización de Benchmarking con CEDIMAT, SEMMA, Hospital Dr. Ney Arias Lora, IDAC, ITLA, Sistema de emergencias 911, PROMESE, Hospitales de España. Como resultado de estos se encuentra la creación del Call Center, Sistema tickets de turno Hugo Cola, Premio Iberoamericano a al Calidad, Convenio PROMEDIA.</p> <p>Evidencia: Call center, convenio de programa PROMEDIA, Conocimiento par postulación y Oro Premio</p>	

<p>7. Resultados de la innovación en servicios/productos para la mejora del impacto.</p>	<p>iberoamericano a la Calidad. Sistema de tickets de turno. Protocolo de medición y atención call center. Cocina certificada NORDOM 646 y Hospital Verde.</p> <p>Como resultado de las innovaciones en servicios ofrecidos para la mejora en el impacto de los ciudadanos, se tiene un aumento sustancial a través de los años de la satisfacción de los usuarios de un 90% a un 95%. También el hospital presenta una tasa de crecimiento de mas de un 50% en el tiempo de existencia.</p> <p>Evidencia: Tendencia de los resultados encuesta de satisfacción, Tendencia de crecimiento del centro.</p>	
--	---	--

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. La respuesta de los líderes a los resultados y las conclusiones de las mediciones, incluyendo la gestión de riesgos.</p>	<p>La Subdirección de Planificación y conocimiento a medidos del 2016 comenzó a instalar un Sistema de Gestión de Calidad según la norma internacional ISO 9001:2015 enfocada en la gestión de riesgos; para mitigar riesgos se cuenta además con un mapa de riesgos, un mapa anticorrupción y un porcentaje de 0.5% del presupuesto institucional para situaciones emergentes que requieran ser solucionadas y que no se hayan considerado dentro de las operaciones corrientes.</p>	

<p>2. Eficiencia de la organización en la gestión de los recursos disponibles, incluyendo la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima (input vs output).</p> <p>3. Resultados de la mejora del desempeño y de la innovación en productos y servicios.</p> <p>4. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).</p> <p>5. Eficacia de las alianzas (por ejemplo, grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, actividades conjuntas.).</p>	<p>Evidencia: Cantidad de procesos con Matrices de riesgos y sus evaluaciones. La eficiencia de la organización en la gestión de los recursos disponibles, se analiza mediante los análisis de la ejecución presupuestarias, cumplimiento de plan de compras y contrataciones, índice de rotación y de movilidad de los recursos humanos. Análisis financiero del ingreso vs el gasto.</p> <p>Evidencia: Análisis Financiero Ingreso vs Gasto, Balance General, Ejecución Presupuestaria, Índice de Rotación del Personal, Índice de movilidad, Evaluación acuerdos de desempeño, Análisis Costo beneficios de los servicios. Análisis de rotación del inventario.</p> <p>Presentan resultados positivos al implementar el sistema de facturación SIGHOST, disminuyendo las glosas, devoluciones, y en reducción en la utilización de papel. El sistema PACS de imágenes, que representa una reducción del gasto.</p> <p>Evidencia: VER 9.1 EJEMPLO 6</p> <p>Se evidencia la eficacia de las alianzas, con Operación Sonrisa se realizaron 109 cirugías reconstructivas, sobre malformaciones como labio leporino y paladar hendido. Jornadas quirúrgicas para disminuir la lista de espera de los pacientes pendientes de cirugía del</p>	
---	---	--

<p>6. Valor añadido del uso de la información y de las tecnologías de la comunicación para aumentar la eficiencia, disminuir la burocracia administrativa, mejora de la calidad de la prestación de servicios, (por ejemplo, reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.).</p>	<p>Hospital Infantil Arturo Grullón, de la ciudad de Santiago de los Caballeros. En ésta se logró realizar las cirugías programadas a 60 niños y niñas. Maestrías a las enfermeras, un acuerdo con la Universidad Eugenio María de Hostos (UNIREMHOS), donde hay inscritas ya mas de 15 enfermeras.</p> <p>Evidencia: 109 cirugías reconstructivas, sobre malformaciones como labio leporino y paladar hendido. Jornadas quirúrgicas a 60 niños y niñas. Maestrías a las enfermeras, un acuerdo con la Universidad Eugenio María de Hostos (UNIREMHOS), donde hay inscritas ya más de 15 enfermeras. Medicamentos para pacientes diabéticos a través del programa PROMEDIA con PROMESECAL. Costos asumidos a pacientes con cáncer y leucemia por parte de la fundación Saint Jude.</p> <p>El uso de tecnología ha representado un valor añadido. Se implemento el sistema de facturación SIGHOST, disminuyendo las glosas, devoluciones, y en reducción en la utilización de papel. El sistema PACS de imágenes, que representa una reducción del gasto. Sistema SGA en emergencia para el triaje de Manchester y el sistema Hugo cola para ahorrar tiempo en esta área y facturación. Instalación del call center el cual ha hecho que los ciudadanos visiten el centro par realizar citas.</p>	
---	--	--

<p>7. Resultados de las mediciones por inspecciones o auditorías de funcionamiento de la organización.</p> <p>8. Resultados de la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de la calidad del sistema de gestión (premios a la excelencia, etc.).</p> <p>9. Cumplimiento de los objetivos presupuestarios y financieros.</p> <p>10. Resultados de las auditorías e inspecciones de la gestión financiera.</p> <p>11. Eficiencia de costos (impactos logrados al menor costo posible.).</p>	<p>Evidencia: Reducción de costos en uso de Papel, Reducción tiempo de espera. Visitas de usuarios para programación de citas.</p> <p>Evidencia: VER 9.1 ejemplo 5</p> <p>La participación del centro en diferentes premios de calidad y excelencia a través de los años ha sido fructífera.</p> <p>Evidencia: Medalla de Plata, Medalla de Oro y Gran Premio Nacional a la Calidad, Premio Iberoamericano a la Calidad Categoría ORO, Certificación Sistema de Gestión a la Calidad ISO 9001:2015 procesos de facturación y reclamación de seguros.</p> <p>El cumplimiento de los objetivos presupuestarios y financieros se realiza a través de los informes de ejecución presupuestarias, la programación de estos y los informes generales financieros.</p> <p>Evidencia: Ejecución presupuestarias. Nivel de cumplimiento POA & Balance Score Card</p> <p>Evidencia: VER 9.1 Ejemplo 5,</p> <p>Se evidencia la eficiencia de costo al reducir las devoluciones y el consumo de papel a partir del sistema SIGHOST. Reducción de costo a través de la instalación del sistema de COWAY</p>	
--	---	--

	Evidencia: % devoluciones, análisis costo COWAY, SIGHOST.	
--	--	--

NOTA: Estos son ejemplos que aparecen en el Documento “Modelo CAF 2013”, las organizaciones pueden tener otras formas de desplegar los criterios que deben incluirlas cuando realizan su autodiagnóstico y sustentar sus puntos fuertes con las evidencias correspondientes.