

**GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL  
CON EL MODELO CAF PARA ENTIDADES DEL SECTOR SALUD.  
(Basado en la versión CAF 2020).**

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN**

\_\_\_\_\_HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI\_\_\_\_\_

**FECHA:**

\_\_\_\_\_MAYO 2022\_\_\_\_\_

## MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

### Presentación.

El Modelo CAF (Common Assessment Framework) -Marco Común de Evaluación- ha sido diseñado por los países miembros de la Unión Europea, como una herramienta para ayudar a las organizaciones del sector público en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento y desempeño. Como Modelo de Excelencia, el CAF ofrece un marco sencillo, fácil de usar e idóneo para que las organizaciones del sector público transiten el camino de la mejora continua y desarrollen la cultura de la excelencia.

La aplicación del Modelo CAF está basada en el Autoevaluación Institucional, y con la finalidad de facilitar ese proceso en los entes y órganos del sector público dominicano, el Ministerio de Administración Pública (MAP) ha elaborado esta Guía de Autoevaluación Institucional, que aborda el análisis de la organización a la luz de los 9 Criterios y 28 Subcriterios del CAF, en su versión 2020; con el apoyo de una serie de ejemplos, que han sido reforzados para adaptarlos a las características del sector salud y que sirven de referencia en 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, la organización, mediante el consenso, puede medir el nivel de excelencia alcanzado, utilizando los paneles de valoración propuestos por la metodología CAF para los Criterios Facilitadores y de Resultados y además, elaborar su Informe de Autoevaluación y un Plan de Mejora cuyo objetivo es, emprender acciones de mejora concretas que impulsen a elevar los niveles de calidad en la gestión y en la prestación de los servicios a los ciudadanos.

La primera versión de la guía se elaboró en el año 2005, bajo la asesoría de María Jesús Jiménez de Diego, Evaluadora Principal del Departamento de Calidad de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL), de España y ha sido actualizada en distintas ocasiones, acorde a las nuevas versiones que se van produciendo del Modelo CAF.

Santo Domingo, 2021

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

### Evaluación Individual.

1. Antes de iniciar el proceso de autoevaluación institucional, recomendamos repasar el documento informativo sobre el Modelo CAF “**Capacitación a Equipos de Autoevaluadores para el Mejoramiento de la Calidad en la Administración Pública**” elaborado por el MAP y que aparece en la página Web. Esto le ayudará a afianzar los conceptos ligados a la excelencia y la mejora continua y, por consiguiente, de la importancia de la autoevaluación. Además, servirá como material de consulta en caso de dudas.
2. De inicio, distribuir los criterios entre los miembros del Comité de Calidad para ser analizados en forma individual. Cada responsable, debe trabajar un criterio a la vez, leer la definición de Criterios y Subcriterios para entender de qué se trata y procurar cualquier tipo de aclaración necesaria. Revisar los ejemplos de cada Subcriterio para identificar si se asemejan o no a lo que está haciendo la organización.
3. En la columna de **Puntos Fuertes**, señalar los avances que puede evidenciar la organización con respecto a lo planteado por el Subcriterio, tomando como referencia los ejemplos en cuestión u otras acciones que esté desarrollando la organización, que se correspondan con lo planteado por el Subcriterio. En cada punto fuerte, debe señalar la **evidencia** que lo sustenta y recopilar la información para fines de verificación.
4. En la columna **Áreas de Mejora**, registrar todo aquello, relacionado con el Subcriterio, en donde la organización muestre poco o ningún avance, que no guarde relación con alguno o ninguno de los ejemplos, o que sencillamente, no pueda evidenciar. En este caso, el enunciado debe estar formulado en forma negativa: “No existe”, “No se ha realizado”; sin hacer propuestas de mejora.
5. En casos de que la organización muestre avances parciales en el tema, registrar los avances en la Columna de Puntos Fuertes, indicando las evidencias que sustentan la afirmación. En la columna de Áreas de mejora, señalar la parte referente a lo que aún no ha realizado.
6. Para asegurar un Autoevaluación efectivo, antes de pasar a la sesión de consenso con el resto del Equipo Autoevaluador, asegúrese de haber analizado y completado todos los Criterios y Subcriterios.

### Evaluación de consenso:

Una vez completada la evaluación individual, el Comité de Calidad deberá reunirse para revisar el Autoevaluación, analizar todas las fortalezas con las evidencias identificadas y las áreas de mejora por Subcriterio, y luego de completado el consenso, elaborar el Informe de Autoevaluación y el Plan de Mejora.

## CRITERIOS FACILITADORES.

### CRITERIO I: LIDERAZGO

Considere qué están haciendo el liderazgo de la organización para lograr lo siguiente:

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>Los líderes (Directivos y supervisores):</b> I. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.</p>	<p>Tenemos Misión, Visión y Valores desde nuestro inicio, donde hemos tenido varios ciclos actualizando y agregando nuevos valores, manteniendo un proceso de revisión continua implementando mejoras. Actualmente poseemos visión, misión y valores actualizados, siendo el punto fuerte la implicación de los empleados y la comunidad.</p> <p>Misión. “Somos una institución comprometida a brindar servicios médicos y académicos con los más altos estándares de calidad, para mejorar la condición de salud de nuestros usuarios, contando con personal competente, procesos efectivos e innovadores, y tecnología avanzada.”</p> <p>Visión. “Ser una institución líder en la prestación de servicios médicos y académicos de excelencia, que contribuye al desarrollo del sistema de salud dominicano, y constituye la primera elección de sus usuarios”.</p> <p>Evidencias: página web(<a href="http://hospitalcalventi.gob.do/index.php/sobre-nosotros/quienes-somos">http://hospitalcalventi.gob.do/index.php/sobre-nosotros/quienes-somos</a>), Avances estrategia, cartas de solicitud de socialización MISION, VISION Y VALORES</p>	<p>Colocar en las áreas correspondientes nuestra Misión, Visión y Valores con el nuevo formato del Manual de Identidad y Señalética de los Centros de la Red Pública de Servicios de Salud del SNS</p>

<p>2. Establece el marco de valores institucionales alineado con la misión y la visión de la organización, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, tales como: universalidad, humanización, la integridad e integralidad, solidaridad, eficacia, la transparencia, la innovación, la responsabilidad social, la inclusión y la sostenibilidad, el estado de derecho, el enfoque ciudadano, la diversidad y la equidad de género, un entorno laboral justo, la prevención integrada de la corrupción, entre otros, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización.</p>	<p>Contamos con un marco de Valores desde el inicio de la institución y desde entonces nos mantenemos en un proceso continuo de actualización y agregando nuevos valores respetando el marco general de valores del sector público y alineados a nuestra Misión y Visión, estos Valores son:  Humanización,  Excelencia y Calidad,  Innovación,  Transparencia,  Profesionalidad,  Integridad.  Evidencias: web(<a href="http://hospitalcalventi.gob.d/index.php/sobrenosotros/quienessomos">http://hospitalcalventi.gob.d/index.php/sobrenosotros/quienessomos</a>). Misión, Visión y Valores,  Están publicados en murales y Carnet de los empleados de la institución.</p>	<p>Renovación del carnet de identificación con nuestra Misión, Visión y Valores.</p>
<p>3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.</p>	<p>Respetamos el marco general de valores del sector público y alineamos nuestra Misión, Visión y Valores estén alineados a las estrategias nacionales.  El Hospital evidencia que la misión y visión y valores están alineados con la Constitución de la República Dominicana del año 2015 Art. 61 del Derecho a la Salud, También está alineado con el Segundo Eje de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, Objetivo 2.1</p>	

Salud y Seguridad Social Integral, el cual procura entre otras cosas reducir la mortalidad materna e infantil. Nos alineamos con Lineamientos Estratégicos para la Formulación del Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2021-2024.

Acceso a la Salud Universal que considera disminuir la muerte de recién nacidos, formar parte de la red hospitalaria pública, servicios de salud para garantizar el derecho de la mujer incorporar la perspectiva de género en la oferta de servicios, ejecutar programas de salud para la mujer, fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, reducir la alta tasa de mortalidad materna, brindar educación para una vida sexual responsable. También nos alineamos con el ODS 3 salud y bienestar cuyas metas 3.1 establece la reducción de la tasa de mortalidad materna y 3.2 poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años. Finalmente nos alineamos con el Plan Estratégico Institucional del Servicio Nacional de Salud 2021-2024 con sus ejes y objetivos estratégicos.

Ley No. 55-93 del 31 de diciembre del 1993, sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA);

▣ Ley No. 146 sobre pasantía de médicos recién graduados, del 13 de mayo de 1967;

Ley No. 329-98, del 11 de agosto del año 1998, que regula la donación y legado, extracción, conservación e intercambio para trasplante de órganos y tejidos Humanos.

Ley No. 200-04 del trece (13) de abril del año 2004, General de Libre Acceso a la Información Pública;

(Ver evidencia I.I.3 Plan Estratégico alineación con planes globales y PE SNS, PEI)

<p>4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.</p>	<p>Aseguramos una comunicación fluida de nuestra misión, visión y valores, mediante comunicaciones a todos los departamentos para socializarla con todo el personal, realizamos actividades donde participan todos los empleados, se coloca nuestra Misión, Visión y Valores en el carnet de empleados al dorso de este, se publica en el portal de transparencia. Evidencias: fotos de actividades en Juan Dolio, comunicaciones, cartas. Damos participación a la comunidad y socializamos con ellos nuestra misión, visión, valores y objetivos estratégicos mediante comunicaciones y reuniones. Aseguramos que todos los empleados conozcan nuestros objetivos estratégicos y operativos, mediante la participan en la revisión y actualización de estos por todos los encargados departamentales y luego estos socializan con el resto del personal. Evidencias Utilizamos medios como: comunicaciones, chats, cartas, correos institucionales, murales, etc</p>	
<p>5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).</p>	<p>.Revisamos periódicamente nuestra misión, visión y valores donde convocamos mediante comunicaciones a todos los departamentos para que se involucren en la revisión y actualización. En nuestra última actualización revisamos nuestra misión, visión y valores donde convocamos mediante comunicaciones a todos los departamentos para que se involucren en la revisión y actualización. En nuestra última actualización realizamos un taller con todos los encargados departamentales en Juan Dolio Hotel Emotions con acompañamiento de un consultor. En nuestro hospital convocamos a todos los empleados, comunitarios y organizaciones públicas y privadas de nuestra demarcación para socializar nuestra Misión, Visión y Valores.</p>	

	<p>Evidencias: La página Web. Taller de revisión de la misión, visión y valores(fotos, listado de participantes)</p>	
<p>6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).</p>	<p>Asumimos el reto de colocar en todas las áreas de manejo de información los equipos necesarios para manejar información rápida, segura y a tiempo como son: computadoras completas, internet, impresoras. Estamos en el proceso de valoración de software para poder digitalizar nuestro centro enlazando todos los departamentos por una red única.</p> <p>En el análisis externo de nuestro Plan Estrategio se trabajó con los grupos de interés el análisis POAM (perfil de oportunidades y amenazas). Mediante este análisis se evalúa el grado y el impacto de las oportunidades y amenazas de los siguientes factores: económicos, políticos, sociales, tecnológicos, geográficos y ambientales, y competitivos.</p> <p>Se toman en cuenta las estadísticas multivariadas del país del sector salud, se realizan análisis de Requisitos, Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas los cuales consolidan la información que da lugar a la identificación de factores facilitadores u obstaculizadores y la definición de los Riesgos y las estrategias de mitigación. Todo ello se traduce en el Plan Estratégico, la Matriz VAR (Valoración y Análisis de</p>	<p>Adquisición de software para manejo de información</p>

	Riesgos) y sus consecuentes planes operativos anuales. Tenemos certificaciones de la NORTIC	
<p>7. Desarrollan un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.) facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos.</p>	<p>Asumimos el código de ética del Sector Público y la Ley General de Salud. Mediante comunicaciones se implementa la socialización del código de ética. Tenemos el comité de ética conformado desde agosto 2017 y se reúne cada mes, este se rige por este código. Hemos desarrollado metodología de gestión para fomentar el comportamiento ético alineado con la Ley General de Salud (42-01), Ley de Seguridad Social (87-01) y sus modificaciones, Ley de Función Pública (41-08), Ley No. 449-06 que modifica la Ley No. 340-06 sobre Contrataciones de Bienes, Obras, Servicios y Concesiones y la Ley 200-04 de Libre Acceso a la Información, y la Disposición 00018 del 21 de julio del 2014 que crea el Reglamento Disciplinario del Personal del Ministerio de Salud Pública para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil.</p> <p>Contamos con una Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI). Donde publicamos todo lo concerniente a nuestro hospital</p> <p>Evidencia: Ley 42-01, Ley 41-08, Ley 449-06, Ley 200-04, Disposición 00018 del 21 de julio del 2014 que crea el Reglamento Disciplinario del Personal del Ministerio de Salud Pública para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, Código de Ética y Acta del Comité de Ética y Disciplina, Comité de Compras. Oficina OAI funcionando.</p>	<p>Actualizar comité de Ética y regularizar las reuniones.</p>

<p>8. Refuerzan 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>Se fomenta la confianza entre los líderes y colaboradores creando un excelente ambiente de trabajo mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La confianza, el compromiso y la colaboración entre directivos y colaboradores.</li> <li>-Cumplimiento con los derechos y deberes de los usuarios.</li> <li>-Comunicación abierta entre los diferentes grupos de interés.</li> <li>-Dando lo mejor de sí y predicando con el ejemplo para aumentar nuestra capacidad resolutive alcanzando así el logro de los objetivos organizacionales.</li> <li>-Compartiendo los conocimientos y aprendizaje con las personas, para un mejor desempeño laboral.</li> <li>-Realizamos reuniones periódicas con los encargados de cada departamento y la dirección, donde se discuten estrategias de mejoras de las diferentes áreas.</li> </ul> <p>Evidencia: Documento de revisión, foto de actividades de cultura de valores. Minutas de reuniones dirección con las gerencias</p>	
---	--	--

**Subcriterio 1.2 Gestionar la organización, su desempeño y su mejora continua.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.</p>	<p>Hemos realizado varios planes estratégicos y nos mantenemos en proceso de revisión y actualización de estos. Contamos con nuestro organigrama, mapa de procesos y estructura organizativa aprobada por el MAP. LA RESOLUCION NUM. 04-2021 QUE APRUEBA LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI.</p>	

LA RESOLUCION NUM. 04-2021 QUE APRUEBA EL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI.

Se han implementado unidades especializadas en la medicina que implica la definición de procesos, estructuras, funciones y responsabilidades con la finalidad de satisfacer las necesidades de los diferentes grupos de interés, dentro de las implementaciones de gran relevancia tenemos la unidad de:

- Cuidados intensivos de adultos e intensivo neonatal
- Hemodiálisis
- Banco de sangre
- Bacteriología
- Reanimación
- Trauma y observación para pacientes que acuden a la emergencia,
- Unidad de atención para pacientes en crisis.
- Unidad diagnóstica
- Unidad de gastroenterología.
- Unidad de nutrición
- Sonografía.

Programa de TB  
Programa de VIH  
Programa de Adolescentes.

Se han implementados unidades especializadas en la medicina que implica la definición de procesos, estructuras, funciones y responsabilidades con la finalidad de satisfacer las necesidades de los diferentes grupos de interés.

Tenemos el Manual de Organización y Funciones aprobado por el SNS y le MAP.

Tenemos Manuales actualizados como son:  
Manual de Limpieza General

	<p>Manual de Bioseguridad. Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico. Manual de Esterilización Manual de Limpieza para Derrames de Fluidos Corporales. Evidencias. Listado de participantes de reunión con el MAP, Manual de procesos, Manual de Organización y Funciones, Plan Operativo Anual, FODA, Manuales, lista de responsables de las gerencias y departamentos. Plan estratégico, mapa de procesos, organigrama y estructura organizativa. Fotos de diferentes áreas. Evidencias: resoluciones de aprobación, manuales y cartera de servicios.</p>	
<p>2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.</p>	<p>Están definidos en nuestro POA. Contamos con la implementación de nuestro Plan Estratégico alineado al del SNS, donde socializamos con el Comité de Calidad, Comité de Ética y todo el personal de nuestro hospital. En nuestra institución se definieron los indicadores para el monitoreo de la gestión productiva institucional. Disponemos de indicadores de producción, rendimiento, eficiencia y financieros, así como indicadores de la gestión clínica, de calidad subjetiva y de evaluación de los servicios de salud. Se da participación activa a los departamentos en toma de decisiones, para el desarrollo de la institución. Los principales indicadores priorizados por el viceministerio de la garantía de calidad del ministerio de salud pública cuantificables y de interés general para dar respuesta a la calidad en la atención son:</p>	

1-Infecciones asociadas a la atención en salud: como la neumonía, asociada a la ventilación mecánica, la infección de tracto urinario asociado al catéter urinario permanente, bacteriemia asociada a catéter central.

2-Infecciones en el área quirúrgica, indicadores de proceso para la prevención en sitio quirúrgico, complicaciones post quirúrgicas.

3-Uso correcto de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

4-Relación parto cesárea,

5-auditoria de expedientes clínicos.

6-Habilitación de los servicios.

7- Profilaxis antibiótica realizada hasta una hora antes de la incisión.

8-Infección del trato urinario asociado a catéter urinario permanente

9-Bacteriemia asociada a catéter venoso central.

Indicadores calidad de la atención materna

: 1-Reducción de la morbilidad y la mortalidad asociada al embarazo.

2-Reducción de la mortalidad por trastornos hipertensivo del embarazo

3-Reducción de mortalidad por hemorragias.

4-Identificación de riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Estos indicadores son monitoreados con diferentes periodicidades que van de diario, semanal, mensual y trimestralmente. Son reportados a las autoridades.

Posteriormente los resultados son evaluados por la Dirección Provincial de Salud.

EVIDENCIA: Ver matriz de POA, plan estratégico, Indicadores del 67-A, Indicadores de Calidad del VMGC, Cuadro de Indicadores del HPDAC, Informes de Monitoreo de los Indicadores,

	presentaciones remitidas al SRSM y al VMGC para las videoconferencias	
<p>3. Se introduce mejoras del sistema de gestión y el rendimiento de la organización, de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los pacientes (por ejemplo: perspectiva de género, diversidad, promoviendo la participación social y de otros sectores, en los planes y las decisiones, etc.).</p>	<p>Están definidos en nuestro POA. Contamos con la implementación de nuestro Plan Estratégico alineado al del SNS, donde socializamos con el Comité de Calidad, Comité de Ética y todo el personal de nuestro hospital.</p> <p>En nuestra institución se definieron los indicadores para el monitoreo de la gestión productiva institucional. Disponemos de indicadores de producción, rendimiento, eficiencia y financieros, así como indicadores de la gestión clínica, de calidad subjetiva y de evaluación de los servicios de salud. Se da participación activa a los departamentos en toma de decisiones, para el desarrollo de la institución.</p> <p>Los principales indicadores priorizados por el viceministerio de la garantía de calidad del ministerio de salud pública cuantificables y de interés general para dar respuesta a la calidad en la atención son:</p> <p>1-Infecciones asociadas a la atención en salud: como la neumonía, asociada a la ventilación mecánica, la infección de tracto urinario asociado al catéter urinario permanente, bacteriemia asociada a catéter central.</p> <p>2-Infecciones en el área quirúrgica, indicadores de proceso para la prevención en sitio quirúrgico, complicaciones post quirúrgicas.</p> <p>3-Uso correcto de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.</p> <p>4-Relación parto cesárea, 5-auditoria de expedientes clínicos.</p> <p>5-Habilitación de los servicios.</p> <p>6- Profilaxis antibiótica realizada hasta una hora antes de la incisión</p>	

	<p>7-Infección del trato urinario asociado a catéter urinario permanente</p> <p>8-Bacteriemia asociada a catéter venoso central.</p> <p>Indicadores calidad de la atención materna:</p> <p>1-Reducción de la morbilidad y la mortalidad asociada al embarazo.</p> <p>2-Reducción de la mortalidad por trastornos hipertensivo del embarazo.</p> <p>3-Reducción de mortalidad por hemorragias.</p> <p>4-Identificación de riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio.</p> <p>Estos indicadores son monitoreados con diferentes periodicidades que van de diario, semanal, mensual y trimestralmente. Son reportados a las autoridades. Posteriormente los resultados son evaluados por la Dirección Provincial de Salud.</p> <p>EVIDENCIA: Ver matriz de POA, plan estratégico, Indicadores del 67-A, Indicadores de Calidad del VMGC, Cuadro de Indicadores del HPDAC, Informes de Monitoreo de los Indicadores, presentaciones remitidas al SRSM y al VMGC para las Videoconferencias</p>	
<p>4. Funciona un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”, NOBACI, otros).</p>	<p>El sistema de información cuenta con diversos formularios y libros de registros manuales, como son el libro de emergencias, el libro de partos, el libro de registro de vacunas y diversas plantillas físicas y electrónicas suministradas por los órganos rectores y directores del Sistema.</p> <p>Además, para la gestión de la información contamos con sistemas automatizados de gestión de la data producida, (MERCY y SIGMA) hasta febrero 2022. Tenemos un plan de mejora con el Viceministerio de la Garantía de la Calidad del Ministerio de Salud</p>	

	<p>Pública, contamos con el tablero de mando, plantilla de calidad, sala situacional materno infantil. Tenemos el plan de mejora Materno Infantil.</p> <p>Conformamos la unidad de riesgos, emergencias y desastres.</p> <p>Evidencias: planes de mejoras, indicadores de salud (tablero de mando, sala situacional Reportes de Producción, Matrices Metas SRSM y MSP y VMGC, POA, Fotos libros registros,</p>	
<p>5. Se aplica los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión de calidad o de certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.</p>	<p>Estamos en la cuarta implementación del modelo CAF. El MAP nos dio acompañamiento en el primer auto-diagnóstico CAF, al igual que nuestra institución contrato un técnico para nuestro acompañamiento en el autodiagnóstico. .Estamos en el cuarto autodiagnóstico de la institución. En nuestro centro tenemos la cultura de visión del cambio y mejora continua de la calidad. Aplicamos los principios de mejora continua y garantía de la calidad desde el año 2018-2019 mediante la implementación el Marco Común de Evaluación o Modelo CAF. Monitoreamos de manera continua el Cuadro de Indicadores de Calidad suministrado por el VMGC del MSP y rendimos cuenta trimestralmente en las videoconferencias, socializando ante las autoridades y otros hospitales los resultados obtenidos.</p> <p>EVIDENCIA: Comité de Calidad y Jornadas de trabajos, guía CAF trabajada con los planes de mejora que estamos socializando.</p>	

<p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p>	<p>No tenemos una administración electrónica como tal. Utilizamos la plataforma de indicadores de seguridad de emergencias. En el área de estadísticas utilizamos el Intranet, plataforma facilitada desde el SNS, donde reportamos el 67A, 72A, EPI1 y EPI2. Y toda la información que va al repositorio del SNS. Evidencias: indicadores de seguridad de emergencias, Fotos, 67A, 72A, EPI1 y 2.</p>	<p>Implementar una estrategia de administración electrónica del centro alineada con los objetivos.</p>
<p>7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.</p>	<p>Para que los procesos fluyan adecuadamente para la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes y usuarios, nuestro comité de calidad se mantiene en alerta continua para generar las condiciones adecuadas para que los procesos fluyan. Espacios para la reunión de la dirección con los departamentos. El otro escenario es la entrega de guardia, la cual se celebra cada día en tana matutina y tanda vespertina y es uno de los mejores escenarios para el trabajo colaborativo de los equipos. Se mantiene un espacio adecuado y condiciones aceptables para desarrollar las tareas diarias, los procesos y proyectos. Como son: Salón de reuniones, Salón de cambio de turno, Estación de enfermería en diferentes puntos estratégicos como son: Emergencia, UCI, UCIN, quirófano, hemodiálisis y hospitalización estaciones ubicadas de fácil acceso a todos los pacientes Área de descanso para médicos y enfermeras debidamente equipadas y cómodas. El hospital para favorecer la gestión y fomentar el trabajo de equipo cuenta con los siguientes comités: Consejo Administrativo Hospitalario Comité de Calidad Comité de Control de Infecciones Asociadas a la Atención Comité Fármaco Terapéutica</p>	

	<p>Comité de ética y disciplina  Comité de Mortalidad Materna  Comité de Emergencia y Desastres  Comité de Bioseguridad  Comité de Trasplante  Comité de Compras  Comité de Mortalidad  Comité de Mortalidad Infantil  Comité de la Mejora Continua de la Atención y Seguridad del Paciente.  Comité de Calidad de los Servicios  Comité de Bioética  Comité de Grupos Focales y Veeduría  Comité Cigeti</p> <p>Ver evidencias Subcriterio 1.2, Ejemplo 7: Actas de reuniones de la Junta Administrativa, minutas reuniones Comité Administrativo Hospitalario, actas constitutivas de los comités, Foto de la entrega de guardia, foto del salón de conferencias, foto de las estaciones de enfermería y área de descanso. Listado de participantes y minutas de las reuniones de los comités.</p>	
<p>8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.</p>	<p>Mantenemos nuestros clientes internos con comunicación efectiva a todos los niveles de la institución, por medio de:  Reuniones de los equipos de trabajo, Memorandos, Email, Grupos de WhatsApp de diferente categoría: departamentos, de calidad entre otros.  -Comunicaciones para los usuarios internos, la OAI, redes sociales, página Web, tenemos chat con los encargados.  EVIDENCIA: ver documento de redes sociales, plan de comunicaciones externas e internas, contamos</p>	

<p>9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.</p>	<p>Promovemos una cultura de innovación y mejora continua. Se implementan las sugerencias recibidas tanto de los usuarios internos como externos. A fin de retroalimentar a los empleados, los encargados luego de las reuniones con la dirección se reúnen con sus colaboradores para informarles de algunas de las decisiones tomadas y escuchar sus opiniones.</p> <p>1. Lanzamiento de la Carta Compromiso al Ciudadano, Para el mes de julio 2022..</p> <p>3. Contar con un personal de relaciones públicas.</p> <p>4. Implementación de los protocolos internos.</p> <p>5-implementado la Estructura Organizativa y el Manual de Organización y Funciones.</p> <p>6-Reingeniería del departamento de Atención al Usuario.</p> <p>EVIDENCIA: Comité de calidad y jornadas de trabajo, guía CAF trabajada y con planes de mejora que estamos socializando, invitación a reuniones, fotos.</p>	
<p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p>	<p>Socializamos los informes de las auditorías que nos realizan con las áreas implicadas para retroalimentar y preparar los planes de mejora continua y de esta manera incentivar al personal involucrado a que participe de esos planes. Contamos con un equipo de calidad el cual informa a todos los niveles del hospital los elementos clave para implantar una cultura diaria de excelencia fundamentada en el cambio y el aporte que cada colaborador debe hacer para el logro de las metas de calidad.</p>	

	<p>Los encargados departamentales y supervisores son los responsable de informar y capacitar al personal bajo su mando, sobre los cambios que se van a implementar, además de comunicar sobre esto a través de internet, comunicaciones, memorándum e-mail, grupos de wasap entre otros.</p> <p>Tenemos informados a nuestro personal y grupos de interés tanto internos como externos de todos los cambios y sus razones realizados por medios de circulares, murales, y reuniones; motivándolos a participar en los procesos.</p> <p>Evidencias: Consolidado POA, listado de participantes, informe de auditoría del POA. Informes de auditorías internas y externas Circulares informativas, actas de reuniones informativas, y fotos de reuniones, foto de murales, memorándum, correos grupales, comunicaciones enviadas a grupos de interés externos, charlas impartidas a usuarios de los servicios.</p>	
<p>11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.</p>	<p>Tratamos de mantener conciencia de los posibles conflictos de intereses y el comportamiento Ético y la integridad.</p> <p>La encuesta de clima también arrojó las siguientes respuestas de los colaboradores:</p> <p>La austeridad y combate de la corrupción arrojó 68.40%.</p> <p>La correcta distribución y manejo de los recursos, la pulcritud y el buen uso de aquello que es puesto a disposición para la realización de los trabajos agregando un valor que eleve la calidad de los servicios 50.95%.</p> <p>Contamos con el comité de Ética.</p> <p>El departamento de seguridad mantiene el protocolo debidamente actualizado por el manual de seguridad del SNS.</p>	

	Evidencias: comité de ética, departamento de seguridad, Manual de Seguridad del SNS.	
--	--	--

**Subcriterio I.3 Inspirar, motivar y apoyar a las personas en la organización y actuar como un modelo a seguir.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b> Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.)</p> <p>I. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.</p>	<p>Nuestros líderes, motivados por nuestro Director predicar con el ejemplo, es el primero en llegar y siempre está dispuesto a apoyar a las personas del hospital. Realiza las rondas médicas inculcando el compromiso a los usuarios. Nuestra máxima autoridad motiva el compromiso de los empleados en cuanto a la llegada a tiempo, disponibilidad de realizar las labores comprometidas en el marco de la mejora continua de los objetivos y valores continuos.</p> <p>Nuestros directivos y encargados modelan la conducta de los colaboradores con el ejemplo de sus acciones. Dentro y fuera de la institución se nota que cumplen con las funciones y responsabilidades de su cargo establecida en el Manual de Funciones, siendo ejemplos en el cumplimiento del horario, manteniendo su asistencia diaria, apoyando y participando en las actividades para el logro de los objetivos y metas. Así mismo, el equipo de gestión es el primero involucrado en las actividades para el desarrollo del Modelo CAF y su promoción a los empleados.</p> <p>Evidencias: reconocimientos a la institución. Registros de ponche de los gerentes, foto gerentes participando en actividades del CAF, foto donde participan los gerentes y colaboradores en actividades de gestión del cambio, ética y mejora institucional, foto reunión de los Comités, minutas de los diferentes comités.</p>	

<p>2. Inspira a través de una cultura de liderazgo impulsada por la innovación y basada, en la confianza mutua y la apertura, para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.</p>	<p>Nuestro hospital practica la Política de puerta abierta. En nuestra nomina constamos con personal discapacitado bajo un perfil de puesto sin discriminación valorando sus competencias. La dirección motiva el respeto, trabajo en equipo, cooperación dando participación de sugerencias, planes de mejora y lluvias de ideas en todas las áreas del hospital. La dirección general y su equipo de trabajo cumplen con las normas y procedimientos establecidos, como forma de garantizar el cumplimiento por parte de todos nuestros colaboradores:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En cuanto a la salud no existe ningún tipo de discriminación, este es un derecho fundamental de los usuarios. En el departamento de atención integral se da consejería para los pacientes que lo necesitan.</li> <li>2. Atender a todos los usuarios que soliciten de nuestros servicios sin importar su raza, religión, credo político o preferencia sexual.</li> <li>3. Garantizar los derechos de las personas.</li> <li>4. Somos una institución inclusiva (premio RD incluye 2019)</li> </ol> <p>Evidencias: nómina de discapacitados, nómina de personal femenino, premio RD incluye. Derechos y Deberes de los Usuarios, planes de mejoras</p>	

<p>3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.</p>	<p>Reuniones con los diferentes departamentos para informarle sobre las modificaciones a nivel de infraestructura ya que estamos en remoción y remodelación y sobre los planes de mejora para brindar servicios de calidad y prevención de eventos adversos a nivel general. Cada día en el centro se presenta un informe de entrega de guardia oral y escrito, donde participa todo el personal saliente y entrante al servicio para compartir las informaciones de todas las áreas el hospital y mantenerse informados y actualizados de todas las informaciones relevantes del hospital en cuanto a los pacientes, procesos y áreas administrativas.</p> <p>Reuniones con los diferentes departamentos.</p> <p>Evidencias: minutas e informes, registro de participantes, Fotos y acta de reuniones, lista de participantes en la entrega de guardia, grupo de WhatsApp de gerentes, formulario de entrega de guardia, actas reuniones. etc.</p>	
<p>4. Empoderan y apoyan al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retroalimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual.</p>	<p>Tenemos una comunicación efectiva entre los equipos de trabajo. Nuestro director motiva a mejorar al desempeño reconociendo en público el personal empoderado y talentoso. La entrega de guardia es el mejor escenario que tenemos para brindar retroalimentación sobre la mejora del desempeño y la calidad del servicio.</p> <p>Evidencias: Talleres y capacitaciones, ayuda económica para estudios y graduaciones. Listas de participación en entregas de guardias, lista de participantes en reuniones departamentales. Carpeta de informes trimestrales.</p>	

<p>5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.</p>	<p>Nuestra dirección en forma de potencializar las competencias y empoderamiento de los empleados delega funciones y responsabilidades para emprender proyectos claves relacionados con la organización. Evidencias: Cartas de motivación de la dirección, cartas de personal empoderado que el director autoriza para llevar a cabo tareas extraordinarias en beneficio de la institución</p>	
<p>6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente.</p>	<p>Nuestro director motiva a todo su personal a que asuman su auto formación para la mejora de su competencia así como prestando ayuda económicas, permisos, para su formación académica. Disponemos un Plan de Capacitación con el cronograma de capacitación del año. Se gestiona capacitaciones y talleres impartidos por INFOTEP, el Ministerio de Administración Pública, la DIGEIG, la DPS, la Gerencia de Área y el Servicio Nacional de Salud, SRSM. Otro elemento clave que utilizamos para el aprendizaje continuo son las rondas en el área de internamiento y emergencia donde se discuten casos clínicos y procedimientos y se promueve la revisión de las nuevas guías de manejo, así como la implementación de los protocolos de manejo de patologías frecuentes en emergencia, presentación de temas y casos por MA y residentes. Invitamos médicos reconocidos del sistema a presentación de temas relevantes para el buen funcionamiento del centro. Evidencias: plan de capacitación, cartas de motivación a la mejora continua, ayudas. Lista de participantes a cursos, copia de certificado, fotos actividades, foto rondas.</p>	

<p>7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.</p>	<p>Nuestra institución reconoce los esfuerzos individuales y de equipos de trabajo en público y los más destacados se les asignan dos días de descanso. Se reconoce al personal meritorio y se selecciona el empleado del año y se otorga certificados por rendimiento al personal, distribución de incentivos a todo el personal médico y administrativo. Evidencias: foto de eventos, nómina de distribución de incentivos y copia de certificados.</p>	<p>Activar los reconocimientos, días de descanso, día libre por cumpleaños y certificados por rendimiento en vista de que por la pandemia fueron suspendidas las aglomeraciones o festividades. Crear políticas de reconocimientos y premios al personal</p>
---	---	--

**Subcriterio 1.4 Gestionar relaciones efectivas con las autoridades políticas y otras partes interesadas.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.</p>	<p>El hospital actualizo la plantilla de grupos de interés y realizando análisis de involucrados de sus grupos de interés mantenemos relaciones proactivas con representantes de la comunidad, para dar apoyo y fortalecimiento al hospital. El comité de grupos focales y veedores nos enlaza directamente con la comunidad con el fin de escuchar sus necesidades y sugerencias para introducir mejoras en el servicio brindado y garantizar la satisfacción de los usuarios , que podamos dar dentro de un tiempo pertinente la solución necesaria y ejecutar aquello que entendemos factible para un mejor funcionamiento del Centro Hospitalario. Evidencias: Mapa de grupos de interés, Cuadro de Necesidades y Expectativas, Análisis de Involucrados. Lista de asistencia a reuniones de socialización, fotos de actividades encuesta de satisfacción, encuesta de medición de clima laboral.</p>	

<p>2. Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas, promoviendo la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, el establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, otros.</p>	<p>Promovemos y desarrollamos las políticas públicas mediante la ejecución de estas y su posterior análisis para mejorar los servicios de Salud.</p> <p>Mantenemos contacto permanente con el Servicio Nacional de Salud a través del Servicio Regional y la Gerencia de Área. Además, mantenemos excelentes relaciones con el Ministerio de Salud, el Viceministerio de Garantía de la Calidad y la Dirección Provincial de Salud. Participamos en reuniones del VMGC para la elaboración de la Política Nacional de Calidad en Salud. Cumplimos las políticas que nos aplican para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Estrategia Nacional de Desarrollo y las Metas Presidenciales, especialmente las políticas que tienen que ver con la mejora de la calidad del servicio y la reducción de la mortalidad materna e infantil. Participamos en la presentación de indicadores materno Infantil dos veces al año. Participamos regularmente en las videoconferencias del VMGC para el cumplimiento de los indicadores de calidad.</p> <p>de Mediante el POA reflejamos el comportamiento a nivel de gestión y producto así como comunicaciones, reflejando el comportamiento de pagos y asignación de recursos y solicitudes de necesidades especiales. Evidencias: matriz POA, informe situación y deuda, plan de mejora financiero, listas de participantes actividades con el SNS, charlas a los usuarios. Presentaciones de indicadores</p>	
<p>3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p>	<p>Las políticas públicas relevantes para el hospital están identificadas especialmente las que van encaminadas a los cumplimientos de las metas presidenciales, como lo es disminución de la mortalidad materna e infantil,</p>	

	<p>reducción de embarazo en adolescentes, prevención y atención integral para enfermos crónicos entre otras. a las estrategias nacional de desarrollos como es Garantizar el derecho a la población al acceso de un modelo de atención integral con calidad y calidez que privilegia la promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante la consolidación del sistema nacional de salud. Y la política de la seguridad social como son la administradora de riesgo de salud que benefician de manera significativa a los pacientes ayuda al desarrollo institucional. Estamos elaborando nuestra carta compromiso al ciudadano para garantizar el cumplimiento del objetivo arriba mencionado de la Estrategia Nacional de Desarrollo. Estamos en la implementación de nuestro plan estratégico, en el cual fueron incorporadas las políticas públicas relevantes para nuestra institución y nos encontramos poniendo en marcha los ejes y objetivos estratégicos de este.</p> <p>Evidencias: Objetivos de Desarrollo Sostenible, Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, Metas Presidenciales, Plan Plurianual del Sector Publico, Plan Plurianual del Ministerio de Salud Pública, Plan Estratégico SNS, PEI. Política Nacional de Calidad en Salud y Plan Operativo Anual.</p>	
<p>4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.</p>	<p>Invitamos a las autoridades del SNS, SRSM Y DPS, comunitarios, empresarios, colegio médico, personal interno, iglesias, etc, a las actividades y a las reuniones de interés local.</p> <p>Evidencias: alianzas, acuerdos, participación en nuestra misión, visión y valores a los ciudadanos (comunitarios). Fotos de reuniones</p>	

<p>5. Gestionan y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos/clientes-pacientes y sus familias, ONG, grupos de presión, asociaciones profesionales, asociaciones privadas, asociaciones de pacientes, otras autoridades públicas, autoridades sanitarias; proveedores de productos y servicios; la red de atención primaria; centros hospitalarios, universidades, etc.).</p>	<p>Desarrollamos alianzas con organizaciones para el desarrollo de nuestro hospital. Ayuntamiento, bomberos, nos colaboran en diferentes actividades. Nos mantenemos en contacto y trabajos en grupo con hospitales docentes que nos envían residentes, internos, médicos y enfermeras pasantes rotaciones por las diferentes especialidades y áreas médicas. Mantenemos alianzas con el COIN para lo cual tenemos un departamento de Atención Integral. Evidencias: Alianzas</p>	
<p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p>	<p>La dirección participa en actividades organizadas por asociaciones, organizaciones representativas y grupos de interés cada vez que solicitan nuestra participación. Evidencias: solicitudes de operáticos y fotos de los operativos realizados.</p>	
<p>7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.</p>	<p>El hospital ha sido reconocido como institución por brindar servicios médicos humanizados y de calidad y por el apoyo incondicional de los operativos médicos, visitas domiciliarias. Por medio del portal de transparencia publicamos nuestra cartera de servicio, los operativos para ayudas de la población y los reconocimientos de instituciones públicas y privadas. Por medio de este portal promocionamos todos los servicios de salud que brindamos. Utilizamos pantallas en lugares estratégicos en nuestras instalaciones para promover nuestros servicios e informaciones actualizadas en tópicos de salud preventiva y de educación.</p>	

	Evidencias redes sociales y nuestro portal institucional. Copia de certificado de reconocimientos,	
--	---	--

## CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

**Considere lo que la organización está haciendo para lograr lo siguiente:**

**SUBCRITERIO 2.1. Identificar las necesidades y expectativas de los grupos de interés, el entorno externo y la información de gestión relevante.**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>La Organización:</b></p> <p>I. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales como: el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes.</p>	<p>La recopilación, análisis y revisión de la información relevante sobre las variables político- legal, sociocultural, medioambiental, económico, tecnológico, demográfico, etc., ha sido desarrollada en la institución a través de diferentes mecanismos. Evidencia de ello puede verificarse en las jornadas previas a los ejercicios de formulación estratégica del “PLAN ESTRATEGICO Y PRODUCCION 2012” (ver anexo), y durante la realización de los Planes Operativos Institucionales. El ya referido ejercicio de análisis y reflexión previo a la formulación estratégica 2020-2023 permitió identificar oportunidades de mejora en la forma en que se recopila esta información, por lo cual, se creó la nueva “Planilla para seguimiento y revisión de los factores del contexto organizacional, relevantes para SGC (4.1 ISO9001:2015)”. Mediante el llenado de este instrumento la institución integrará la capacidad de realizar un seguimiento sistemático, no sólo a las variables relevantes de tipo externa. Evidencia: plan estratégico institucional 2020-2023.</p>	

<p>2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.</p>	<p>El hospital se mantiene actualizando y realizando diferentes iniciativas para identificar a todos los grupos de interés relevantes para la institución. En la formulación de nuestro plan estratégico 2020-2023, la institución creó la “Planilla para seguimiento a las necesidades y expectativas de las partes interesadas relevantes para el SGC” (ver anexo). Mediante el uso de esta planilla se ha logrado realizar una determinación más específica de los grupos de interés relevantes, tanto a nivel interno como externo para la institución. La planilla también es usada para describir la razón de la relevancia o impacto de este grupo de interés, para así poder priorizar las acciones de abordaje de este grupo de interés, según sea considerada de alta, moderada o baja relevancia.</p> <p>Evidencias: Listado de grupos</p>	
<p>3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.</p>	<p>Nuestro Plan Estratégico Estratégico, para la realización de este, mediante varios talleres se analizaron los cambios que producen las reformas en el sector público, con énfasis en los cambios que se generan en el Ministerio de Salud como ente rector del Sistema Nacional de Salud, las normas y reglamentos de regulación y otros.</p> <p>También analizamos los cambios en la provisión de servicios por el Servicio Nacional de Salud. Tomamos en cuenta los avances en el desarrollo de los ODS, el Plan Plurianual del Sector Público y la Estrategia Nacional de</p>	

	<p>Desarrollo.</p> <p>Para definir las estrategias aplicamos la matriz del Perfil de Oportunidades y Amenazas (POAM) junto al análisis FODA. En el POAM se analizan las siguientes capacidades:</p> <p>Factores económicos. Factores políticos.</p> <p>Factores sociales.</p> <p>Factores tecnológicos.</p> <p>Factores geográficos y ambientales.</p> <p>Factores competitivos.</p> <p>Una vez hecho estos análisis definimos las estrategias a seguir en nuestro Plan Estratégico Institucional.</p> <p>Evidencias: Análisis POAM, FODA, lista de asistencia al taller Plan Estratégico, fotos.</p>	
<p>4. Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos internos. Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.).</p>	<p>El ejercicio de análisis de las fortalezas y debilidades, en adición al análisis de las oportunidades y amenazas, constituye una fase principal de proceso previo a la formulación estratégica de la institución. Evidencia de esto puede verificarse en el “PLAN ESTRATEGICO Y PRODUCCION 2012” el cual contiene dentro de sus páginas los resultados del FODA realizado para esa ocasión. De igual forma, previo a la formulación del nuevo plan estratégico institucional se realizó un ejercicio de reflexión y análisis de las principales variables internas y externas, el cual ha dado como resultado el nuevo “FODA 2019” actualizado.</p> <p>Evidencia: FODA y fotos del taller.</p>	<p>Realizar FODA para el 2023</p>

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>±.Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades,</p>	<p>La traducción de los fines y propósitos planteados en el pensamiento estratégico institucional: misión, visión y valores, a objetivos de mediano, largo y corto</p>	

<p>a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.</p>	<p>plazo, ha sido parte del proceso estratégico tradicional del hospital. Sin embargo, como una forma de robustecer la alineación y asegurar que el despliegue pueda llegar hasta los niveles más operativos, durante la formulación de nuestro último plan estratégico 2020-2023, la institución asumió un enfoque basado en el modelo de planificación desarrollado por el Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPyD), organismo rector del sistema nacional de planificación e inversión pública. Basado en este modelo, el despliegue del pensamiento estratégico institucional ha iniciado con la determinación de los cinco (5) Ejes Estratégicos (EE), los cuales como unidades temáticas que señalan las grandes líneas de acción de la institución y representan de forma global los ámbitos prioritarios asumidos, permiten realizar la agrupación de los ocho (8) Objetivos Estratégicos (OE) correspondientes a este ciclo de la planificación institucional. Evidencia: Estratégico Institucional. Evidencias: Plan Estratégico Institucional 2020-2023.</p>	
<p>2. Involucra los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, incluyendo los usuarios (individuos, familias y comunidades) al igual que otros sectores y subsectores que intervienen en la resolución de los problemas sanitarios, dando prioridad a sus expectativas y necesidades.</p>	<p>Para el proceso de formulación de la estrategia institucional, se logró involucrar a los diferentes grupos de intereses, primero, mediante los estudios y encuestas desarrollados en la etapa de análisis previo y una vez formulada la estrategia, los resultados de estas fueron presentados los resultados preliminares de esta para discusión y análisis. Se realizó jornada donde los representantes de estos diversos grupos aportaron sus opiniones sobre los aspectos que a su juicio deberían estar presente de forma prioritaria en este nuevo plan. Como evidencia de esta reunión se cuenta con fotos y registro de asistencia correspondiente. De igual forma el equipo coordinador el proceso de formulación se aseguró de que los insumos recabados en la “Planilla para seguimiento a las</p>	

	<p>necesidades y expectativas de las partes interesadas relevantes para el SGC (4.2 ISO9001:2015)', contaran con resultados estratégicos concretos dentro de la estrategia donde podrían integrarse las acciones requeridas para ofrecer satisfacción a esas necesidades y expectativas.</p> <p>Evidencias: Matriz comunitarios, reuniones comunitarias.</p>	
<p>3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.</p>	<p>La asignación de los recursos para la ejecución de la estrategia institucional se realiza a partir del POAI y el presupuesto asociado a cada iniciativa, la cual a su vez está vinculada con el resultado de este objetivo y eje correspondiente del PEI. La vinculación de estos recursos con los procesos se realiza mediante el llenado del formato ficha de proceso, donde se identifican los recursos requeridos para el desarrollo de cada proceso. A su vez, la institución ha diseñado la matriz de recursos por procesos del SGC (ver anexo) que permitirá dar un seguimiento específico a la asignación de estos recursos y su disponibilidad. El presupuesto de cada año se trabaja en base al POA y la estrategias de la organización alineadas a las prioridades directivas del SNS y se detallan en una página de Excel del POA en el PPEN 2.1.</p> <p>Evidencia: POA 2020,2021, presupuesto 2021, 2022</p>	
<p>4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.</p>	<p>Para asegurar que se consideren dentro de las diferentes tareas y recurso, las necesidades de los grupos de interés, dentro de los resultados estratégicos asociados al objetivo estratégico 8. "Fortalecer la imagen posicionamiento y valoración institucional del Hospital Dr. Vinicio Calventi", la institución ha identificado una serie de resultados que articularan acciones para la satisfacción de estas necesidades y expectativas. Tal es el caso del resultado estratégico 21 (RE21) que plantea lo siguiente. "Se ha mejorado continuamente la</p>	

	<p>percepción y valoración del hospital a nivel de la comunidad y la sociedad en general estará vinculada con una mejor satisfacción de las necesidades y expectativas de estas. Para el POA del 2020, 2021 alineado al Plan Estratégico del SNS.</p> <p>Cada año preparamos el presupuesto alineado a nuestro POAI y alineado al PACC.</p> <p>Estamos utilizando el portal transaccional para las licitaciones.</p> <p>Evidencia: consolidado POA, Presupuesto anual y PACC</p>	
--	--	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b></p> <p>I. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</p>	<p>El modelo de formulación estratégica desarrollado por la institución determina de forma clara los ejes de acción prioritarios, con sus objetivos y resultados estratégicos correspondientes. El marco temporal para la estrategia es de cuatro años, pero su seguimiento se desarrollara de forma anual, a través de la verificación de los niveles de ejecución y cumplimiento del POAI correspondiente. Un aspecto importante que será abordado en los próximos meses, es la revisión de la estructura organizacional, a fin de asegurar que la misma constituya en un apoyo efectivo a la nueva estrategia.</p> <p>Implementamos una matriz de Excel que se distribuyó a todos los gerentes de las áreas POA definiendo las prioridades directivas del Servicio Nacional De Salud, estableciendo los procesos, proyectos y estructuras adecuadas en cumplimiento al plan plurianual.</p> <p>Evidencias: POA 2020, 2021</p>	

<p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>	<p>Por medio de nuestro POAI nuestros objetivos, son medidos por medios de programas y tareas que de manera mensual, trimestral, semestral y anual son medidos por medio de indicadores de resultados, los cuales son evaluados directamente desde el SRSM. Evidencia: Valoración del POA</p>	
<p>3. Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva.</p>	<p>La traducción de los objetivos estratégicos y operativos de la institución en planes y tareas para las unidades y todos los individuos de la organización, se realiza, como ya fue explicado, a través de la vinculación PEI-POAI-Procesos, donde se asegura que cada iniciativa y/o acción desarrollada en el POAI apunte de forma directa a las metas estratégicas, y que cada indicador de medición de los procesos este enfocado en lograr el desempeño esperado a nivel estratégico. Estamos en la implementación de nuestro plan estratégico y operativo y a la vez dando continuidad al plan operativo anual enviado por el SNS. Cuando el POAI ha sido formulado, el mismo es socializado con todos los empleados del hospital, a fin de favorecer que estos se empoderen de sus actividades y puedan participar proponiendo mejoras y acciones operativas que faciliten lograr los objetivos. Se comunica a las diferentes áreas por medio de comunicaciones escritas y reuniones. Evidencias: matriz POA 2020, 2021, Comunicaciones, lista de participantes de socialización del POA</p>	
<p>4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.</p>	<p>Realizamos una matriz para el FODA, la cual fue analizada e implementada para el FODA en nuestro Plan Estratégico, otra matriz de Excel para el POA el cual está en ejecución. Tenemos el departamento de monitoreo y Evaluación que se encarga de supervisar y monitorear todos los programas y la</p>	

	<p>implementación de los planes de mejora aunado al departamento de Calidad en la Gestión.</p> <p>Evidencias: Reportes del POA, reportes de auditorías, evaluación internas</p>	
--	---	--

**SUBCRITERIO 2.4. Subcriterio: Gestionar el cambio y la innovación para garantizar la agilidad y la capacidad de recuperación de la organización.**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.</p>	<p>El hospital como institución que integra procesos académicos realiza labores docentes, y cuenta con acuerdos en varias instituciones docentes a nivel universitario que envían sus residentes, médicos pasantes, internos, pre internos a realizar rotaciones clínicas quirúrgicas en las diferentes especialidades que ofertamos. Dentro de la nueva estrategia el enfoque en la innovación asume un papel principal que se perfila dentro de la propia misión, los valores, y ejes, resultados y objetivos estratégicos. Bajo este nuevo enfoque se robustecerán los programas de benchlearning y de forma global la gestión del conocimiento en la institución. Se tiene previsto el lanzamiento de programas de ideas y equipos auto dirigidos que, a través de vinculación directa con el comité de calidad, ayuden a mejorar la efectividad del desempeño tanto de los proceso claves (servicios de salud y formativos) como de los procesos estratégicos y de apoyo. Somos un hospital docente y varias instituciones docentes nos envían sus residentes, médicos pasantes, internos, pre internos a rotar por las diferentes especialidades que ofertamos. Al igual que proporcionamos ayuda de diferente maneras a nuestros empleados para capacitaciones dentro y fuera de nuestra institución. Evidencias: cheques, certificados, permisos autorizados con disfrute de sueldo para capacitaciones, congresos.</p>	

<p>2. Construye una cultura impulsada por la innovación y crean un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, el benchmarking/benchlearning, laboratorios de conocimiento, etc.</p>	<p>Nuestro director motiva a todo el personal, principalmente los encargados departamentales al aprendizaje continuo y fortalecer las competencias por medio del Benchlearning con las diferentes instituciones que tenemos alianzas como el INAP, INFOEP, SRSMS y SNS. Benchmarking con los diferentes hospitales homólogos.</p> <p>Tenemos tablero de mando que permite un enfoque sistemático a través de los procesos internos, permite que las necesidades y expectativas identificadas desde los usuarios y en la sociedad, sean traducidas en requerimientos para los procesos internos, los cuales gestionados desde un enfoque de crecimiento y desarrollo de los recursos priorizados a través de la gestión financiera, mediante los controles del POAI y su presupuesto correspondiente. Hemos realizado algunos intercambios con otros hospitales como es el Hospital Reynaldo Almanzar, Hospital de Engombe.</p> <p>Evidencias: Benchmarking y Benchlearning</p>	
<p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p>	<p>Comunicamos las estrategias, informes de retroalimentación del seguimiento de los planes de mejora con todos los grupos de interés de acuerdo a su naturaleza. Hemos formados varios comité entre los cuales tenemos el comité de calidad, que se reúne mensualmente y reuniones extraordinaria en situaciones que lo a merite. Tenemos conformado el comité de ética, Comité de Calidad, Comité de Calidad de los Servicios, Comité de prevención IAAS, Comité de morbi-mortalidad, Comité de compra, Comité de Bioseguridad, Comité de Bioética, Comité de vigilancia farmacológica, Comité de eventos Adversos fármacos vigilancias, Comité de febriles,</p>	

	<p>Comité hospitalario de trasplante. Comité de Veeduría y los grupos focales.</p> <p>Por medio de los diferentes comités comunicamos nuestros avances y retrocesos, con los respectivos planes de mejora.</p> <p>Evidencias: Integrantes de los diferentes Comités, actas constitutivas</p>	
<p>4. Implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.</p>	<p>Para favorecer un enfoque adecuado de la gestión del cambio para la innovación, la institución ha desarrollado la "Plantilla para registro de planificación de cambios al SGC (ver anexos)", mediante la cual cada cambio significativo que sea identificado será objeto de un proceso de planificación que permitirá tener una descripción precisa del cambio planteado, con explicación de la necesidad o beneficio concreto que se busca obtener. La planilla también permite realizar un análisis y evaluación del cambio en función de impacto previsto, las actividades requeridas para su implementación, y los recursos que deberán ser asignados. La propia planilla además permitirá registrar los niveles de aprobación del cambio y los resultados de conformidad después de su implementación. Se contemplan nuestro plan operativo para garantizar los recursos financieros. Buscar en la Matriz POA el PPNE4 y PPNE5.</p> <p>Evidencia: Presupuesto, buscar en la Matriz POA 2020, 2021 el PPNE1, PPNE4 y PPNE5</p>	
<p>5. Implementa métodos y procesos innovadores para hacer frente a las nuevas expectativas de los ciudadanos/ clientes y reducir costos, proporcionándoles bienes y/o servicios con un mayor valor agregado.</p>	<p>Hemos ampliado nuestra cartera de servicios con el programa de Adolescente, Nutrición clínica.</p> <p>Para simplificar el proceso de facturación hemos instalado otras oficinas de facturación en áreas internas del centro como laboratorio, imágenes, donde ya los usuarios no tienen que hacer largas filas en el área de facturación principal del centro.</p>	

	Evidencias: fotos de las diferentes áreas de facturación, Fotos del área de nutrición.	
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	<p>Para favorecer un enfoque adecuado de la gestión del cambio para la innovación, la institución ha desarrollado la "Plantilla para registro de planificación de cambios al SGC (ver anexos)", mediante la cual cada cambio significativo que sea identificado será objeto de un proceso de planificación que permitirá tener una descripción precisa del cambio planteado, con explicación de la necesidad o beneficio concreto que se busca obtener. La planilla también permite realizar un análisis y evaluación del cambio en función de impacto previsto, las actividades requeridas para su implementación, y los recursos que deberán ser asignados. La propia planilla además permitirá registrar los niveles de aprobación del cambio y los resultados de conformidad después de su implementación. Se contemplan nuestro plan operativo para garantizar los recursos financieros. Buscar en la Matriz POA el PPNE4 y PPNE5. Evidencia: Presupuesto, buscar en la Matriz POA 2020, 2021 el PPNE1, PPNE4 y PPNE5.</p>	

### CRITERIO 3: PERSONAS

**Considere lo que está haciendo la organización para lograr lo siguiente:**

#### **SUBCRITERIO 3.1. Gestionar y mejorar los recursos humanos para apoyar la estrategia de la organización.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
I. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	Analizamos periódicamente por medio de encuestas de clima laboral, evaluaciones del desempeño de personal, reuniones de los diferentes comités hospitalarios, con colaboradores internos, se detectan necesidades de capacitación, desarrollo	

	<p>profesional y necesidades básicas tanto de los empleados como de la institución. Como consecuencias de las capacitaciones hemos aumentado la capacidad de trabajo, mejor desempeño y ampliación de nuestra cartera de servicios. Actualizamos nuestra estructura organizativa y estamos en el proceso de implementación y nuestro manual de organización y funciones fue aprobado este año, estamos en proceso de socialización.</p> <p>Evidencia: Evaluación de desempeño, encuestas y minutas</p>	
<p>2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.</p>	<p>La política de recursos humanos del hospital se enmarca en lo contemplado en las siguientes leyes: Ley de Función Pública (41-08), Ley General de Salud (42-01) y sus Reglamentos, Ley de Seguridad Social (87-01), sus modificaciones y Reglamentos y las Resoluciones del Ministerio de Salud Pública (MSP), Servicio Nacional de Salud Hemos implementado políticas claras para la flexibilidad de horario y permisos.</p> <p>Con nuestra política de inserción laboral se toma en cuenta al empleado sin discriminación de ningún tipo.</p> <p>Desarrollamos e implementamos permisos de paternidad y maternidad, excedencias, igualdad de oportunidades, diversidad cultural y género, inserción laboral de personas con discapacidad.</p> <p>Evidencia: Permisos otorgados, expediente de empleados, formularios de permisos.</p>	
<p>3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.</p>	<p>Se implementan los procesos de selección y desarrollo, como lo estipulado en la ley 41-08, para los fines. En nuestra nómina de 919 personas, tenemos nombradas 919 mujeres de las cuales 15 tienen equipo gerencial femenino. , lo que corresponde al 2.04% del personal femenino. Como</p>	

	<p>parte de la empleomanía tenemos personal con diferentes discapacidades (05 personas), tenemos sexo femenino en puestos directivos, no tenemos preferencia ni exclusión por preferencia sexual. La nómina asumida por el SNS es de 334 personas, de las cuales 215 son mujeres</p> <p>Evidencias: Nómina Femenina Y Discapacitados. Nomina Gerencial Femenina. Nomina general y del SNS.</p>	
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	No se realiza	Desarrollar planes de carrera
5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación	<p>El perfil de puesto y competencia se realiza a través del Servicio Nacional de Salud atendiendo nuestros requerimientos. Evidencias: Solicitudes enviadas al SRSM y al SNS. También a raíz de la aprobación de nuestro Manual de Organización Y funciones Institucional, Plan de capacitación. Nuestro plan de capacitación surge en base a la evaluación de desempeño, perfil de puesto y su competencia.</p> <p>Evidencia: Manual de Descripción de Puestos, Manual de organización y funciones institucional</p>	
6. Gestiona 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, discapacidad, edad, raza y religión).	<p>Se implementan los procesos de selección y desarrollo, como lo estipulado en la ley 41-08, para los fines. En nuestra nómina de 919 personas, tenemos nombradas 919 mujeres de las cuales 15 tienen equipo gerencial femenino. , lo que corresponde al 2.04% del personal femenino. Como parte de la empleomanía tenemos personal con diferentes discapacidades (05 personas), tenemos sexo femenino en puestos directivos, no tenemos preferencia ni exclusión por preferencia sexual. La nómina asumida por el SNS es de 334 personas, de las cuales 215 son mujeres</p> <p>Evidencias: Nómina Femenina Y Discapacitados. / Nomina Gerencial Femenina. Nomina general y del NS</p>	

7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	Tenemos varios años implementado la política de Evaluación por Desempeño. En todos los departamentos de nuestra institución se evalúa el personal por medio de la plantilla estandarizada del MAP, SNS. La selección se realiza bajo los estatutos del SNS de entrega de los incentivos por medio de estas evaluaciones. Evidencia: evaluaciones de Desempeño, nómina de incentivos	
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Realizamos los acuerdos de desempeño en el mes de febrero de cada año y cada encargado departamental va evaluando de manera individual cada empleado, valorando cada grupo ocupacional de acuerdo a las metas trazadas para cada año. Estos se realizan en todas las áreas del centro en pleno conocimiento del colaborador. Evidencias: Acuerdos de desempeños.	
9. Se aplica una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, por ejemplo: funciona una unidad de género, y acciones relacionadas a esta.	En nuestra nómina de 919 personas, tenemos nombradas 919 mujeres de las cuales 15 tienen equipo gerencial femenino. , lo que corresponde al 2.04% del personal femenino. Como parte de la empleomanía tenemos personal con diferentes discapacidades (05 personas), tenemos sexo femenino en puestos directivos, no tenemos preferencia ni exclusión por preferencia sexual. La nómina asumida por el SNS es de 334 personas, de las cuales 215 son mujeres Evidencias: Nómina Femenina Y Discapacitados. / Nómina Gerencial Femenina. Nómina general y del SNS.	

**SUBCRITERIO 3.2. Desarrollar y gestionar las competencias de las personas.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.</p>	<p>El hospital realiza anualmente la evaluación del desempeño del personal. En la misma se destacan las fortalezas y debilidades de los colaboradores. Los resultados se comparan con el perfil del puesto y se elaboran los planes de mejoras, que incluyen la capacitación del personal.</p> <p>Se planifican, realizan y miden las actividades de capacitación y formación. Se identifican las capacidades de las personas y se comparan con las necesidades de la organización. Se trabaja el desarrollo profesional desde la Dirección con movilidad de empleados a diferentes áreas del hospital. Identificamos cuales son las proyecciones de carrera que tenemos individual, para esto tomamos en cuenta la capacidad, competencia y evaluación de desempeño para ocupar los puestos.</p> <p>Nuestro es un hospital docente donde contamos con docenes en el área de ginecología y obstetricia, medicina familiar, geriatría, cirugía general a nivel de especialidades medico quirúrgicas. También contamos con la rotación de estudiantes de medicina pres internos e internos, al igual que los estudiantes de enfermería, de universidades como UASD, UTESA, UNIBE.</p> <p>Contamos con el departamento de investigaciones clínicas. Todas estas áreas y docentes fueron identificados por sus competencias y con sus perfiles fueron reestructurados departamentos que anteriormente no existían o fueron reorganizados de acuerdo a la nueva estructura organizativa.</p> <p>Evidencias: Evaluaciones de desempeño 2020, 2021, plan de capacitación 2020,2021,</p>	

<p>2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.</p>	<p>A los empleados se les realiza inducción con el gerente de área o empleado asignado, y el personal de Recursos Humanos. A través de una presentación de inducción y luego un recorrido por todas las instalaciones para conocer todas las áreas, departamentos y personal del hospital. En la presentación, se da a conocer todo lo concerniente al hospital como la misión, visión, valores y política de calidad. También se les anima a agregar valor para el desarrollo de nuestra misión. Esta guía de inducción se les da a todos los empleados de nuevo ingreso. Evidencia: Inducción de Nuevo Ingreso</p>	
<p>3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.</p>	<p>Nuestro RR.HH. está recopilado en una plataforma simple y dividida por departamentos y grupos de profesionales, con el fin de estandarizar todos los procesos para cada colaborador. Así podemos administrar y monitorear con precisión el rendimiento de cada empleados. Se promueven los empleados de acuerdo a los conocimientos, competencias y destrezas que estos posean para el desempeño del puesto. Se realizan movimientos de personal a otras áreas en cargos de mayor liderazgo por medio del desarrollo de sus competencias esto así motivando al empleado a su crecimiento personal, lo que conlleva a la motivación de los demás empleados. . Evidencias: Nomina en Excel dividida por departamentos y grupos de profesionales. Formulario de promoción de empleados</p>	
<p>4. Se desarrollan y promueven 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).</p>	<p>Se informa sobre las capacitaciones, educación continua programada y ofertada por los institutos que nos brindan estos servicios. Todo esto con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos y mejorar la calidad del servicio. Estas actividades son informadas mediante los siguientes medios: murales página web, correo electrónico, grupos de WhatsApp y comunicaciones.</p>	

	<p>Se han implementado Capacitaciones en líneas en algunas áreas de especialidades del hospital. Recibimos la conferencia sobre prevención y manejo de las IAAS online con la participación de otros centros hospitalario,. Carta de Compromiso al Ciudadano.</p> <p>Evidencias: Minutas, Foto de participación al video conferencias y lista de participantes, diploma de formación virtual. Conferencia Online</p>	
<p>5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario 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.</p>	<p>El departamento de Recursos Humanos ha implementado una serie de charlas, talleres, impartido por diferentes instituciones para desarrollar técnicas de comunicación, disminuir los conflictos de interés. Contamos con un Comité destinado para los fines. Taller de enfoque de género y ética ya que somos una institución que cuenta con una nómina alta de género femenino. Contamos con nuestra guía Metodología para Abordajes de riesgos y oportunidades.</p> <p>Evidencias: Reuniones y Comité constituido, guía de metodología para abordaje de riesgos y oportunidades.</p>	
<p>6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.</p>	<p>En 2019 y 2021 implementamos la Encuesta de Medición del Clima Laboral con el MAP. En la encuesta se evalúa el impacto de los programas de formación. Entre las preguntas se incluye si la capacitación está relacionada con el desarrollo profesional del colaborador, si el programa de la institución está alineado con las funciones del colaborador, si aplica la capacitación para mejorar su desempeño en el trabajo, entre otras.</p> <p>Medimos el desempeño del empleado que fue capacitado y vemos si adquirió las competencias necesarias. El personal capacitado debe transmitir o enseñar un conocimiento más en la institución.</p> <p>Evidencias: Informes encuestas clima laboral.</p>	

--	--	--

**SUBCRITERIO 3.3. Involucrar y empoderar a las personas y apoyar su bienestar**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Se implementa un sistema de información que promueve una cultura de diálogo y comunicación abierta, que propicia el aporte de ideas de los empleados y fomenta el trabajo en equipo.</p>	<p>Tenemos comunicación efectiva entre la Dirección y todo el personal. Desde nuestra dirección se promueve la cultura de comunicación escrita, verbal abierta al dialogo entre las partes. Cada gerente debe informar a su equipo para motivar al personal a trabajar en equipo y a realizar los planes de mejora en equipo con la participación de los integrantes de su equipo.</p> <p>El hospital tiene establecido desde sus inicios donde el proceso de comunicación inicia cada día en la entrega de guardia, donde el personal de salud analiza los resultados del servicio del día anterior y se discuten las técnicas y tratamientos empleados y resultados obtenidos. Este trabajo de equipo fortalece a la institución.</p> <p>Otro de los escenarios principales es la reunión de la Junta Directiva del Hospital. En esta reunión el director general y su equipo gerencial se reúnen para analizar la situación del centro y el establecimiento de las prioridades.</p> <p>Se realizan reuniones en los diferentes departamentos con la finalidad de crear equipos de trabajo fuertes para el logro de nuestra misión. Las interconsultas también son evidencias de la buena comunicación y el trabajo en equipo.</p> <p>El hospital mantiene la responsabilidad de formar equipos de trabajo motivados y promueve acciones de comunicación dialogo abierto, se involucra a todo el personal en el desarrollo de los servicios.</p> <p>Evidencias: comunicaciones de motivación al personal, lista de asistencia a entrega de guardia,</p>	

	<p>minutas de reuniones, comunicaciones remitidas, foto de información en murales,</p>	
<p>2. Se crea las condiciones para que el personal tenga un rol activo dentro de la organización, por ejemplo, en el diseño y desarrollo de planes, estrategias, objetivos y procesos; en la identificación e implementación de actividades de mejora e innovación, etc.</p>	<p>Tenemos gremios médicos como el CMD, quien tiene un representante en nuestro hospital, representantes de varios sindicatos de enfermeras. Estos representantes tienen igual participación que un empleado en todos los procesos y planes de mejoras. Tenemos un representante de la comunidad con una oficina establecida dentro de la institución. Los empleados y sus representantes han sido consultados para la elaboración del Plan Estratégico Institucional, El Plan Operativo Anual, y los planes de mejora, tras la retroalimentación del MAP.</p> <p>Los objetivos y metas son propuestos con el consenso de los colaboradores Los procesos son diseñados con las sugerencias de los colaboradores y su implantación también.</p> <p>Evidencias: Fotos, listado de participantes, minutas, fotos de talleres.</p>	
<p>3. Se realiza periódicamente encuestas a los empleados para medir el clima laboral y los niveles de satisfacción del personal y se publican los resultados y acciones de mejora derivadas.</p>	<p>Hemos realizado encuestas de clima laboral en varios periodos 2017. 2018 y 2019. En el 2020 no la implementamos por la emergencia nacional la de pandemia COCID-19 que vivimos como país. En el 2021 no se realizo</p> <p>Evidencias: Encuestas de clima Laboral 2018 y 2019</p>	
<p>4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.</p>	<p>Nuestro hospital se preocupa por la seguridad de los empleados. La organización asegura las buenas condiciones de trabajo físicas, medioambientales. Se aseguran por medio de protocolos de bioseguridad y acciones organizativas como la duración de jornada y descanso. También el departamento de mantenimiento hace una supervisión general para asegurarse que las áreas estén climatizadas, sin ruidos molestos y la iluminación sea adecuada, en</p>	

	<p>fin, verifica que todo esté funcionando correctamente. Contamos con el departamento de Salud Ocupacional y nos regimos por la Norma ISO 45,000.01 y la del Ministerio de Trabajo Riesgos Laboral.</p> <p>Evidencias: foto de habitaciones médicas. Protocolo de bioseguridad. Formulario de supervisión de mantenimiento, Medico Asignado a Medicina Ocupacional/ ISO 45001/ Link manejo de Riesgo Laboral</p>	
<p>5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.</p>	<p>Contamos con procesos administrativos que permiten la flexibilidad de horario al colaborador para completar actividades de formación, académicos y/o situaciones personales.</p> <p>Evidencia: Reglamento de Personal Solicitudes de cambios de horarios, Solicitudes de permisos licencia sin disfrute de sueldo Permisos por Licencias de Maternidad y/o Paternidad Permisos por nupcias. Permiso para estudios Evidencias: licencias y permisos otorgados.</p>	
<p>6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p>	<p>En el hospital se fomenta la ayuda a los empleados más desfavorecidos para estudios diagnósticos, pago de clínicas por servicios médicos prestados, ayuda personal a situaciones emergentes, exoneraciones de cuentas por servicios de salud presta.</p> <p>Evidencias: Ayuda a Empleados, Solicitud de permisos para estudios, fotos de ayuda personale</p>	
<p>7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo.</p>	<p>Realizamos reconocimiento público al personal empoderado, con buen desempeño, donde se le otorgan días libres, día libre por cumpleaños, 2019, 2021.</p>	

	<p>En navidad se realizan premios a la mejor decoración de los departamentos y en la fiesta de navidad se premian a los empleados por medio de tómbolas 2019.</p> <p>Evidencias: Premiación a nuestros empleados, lista de participación en talleres gratuitos, procedimiento para reparo de incentivos. Foto del día del médico, enfermera, bioanalista, secretarias.</p>	
--	--	--

#### CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.

**Considere lo que está haciendo la organización para lograr lo siguiente:**

##### SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>Los líderes de la organización:</b></p> <p>I. Identifican a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Por ejemplo: Proveedores de equipos, insumos o servicios; universidades; grupos de voluntariados, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales, ARS, etc.).</p>	<p>Identificamos los grupos de interés que de alguna manera influyen en la Organización y con los cuales mantiene una relación que permite el logro de los objetivos previstos y formaliza acuerdos de prestación de servicios. Forman parte de estos grupos de interés el Ministerio de Salud Pública, ARS, instituciones académicas, instituciones de servicios de salud, Proveedores de Materiales, suministro y Medicamentos, Servicios Profesionales, Servicios de Mantenimiento de edificaciones y equipos, entre otros.</p> <p>Evidencias: Alianzas con Universidades, ONG Públicas y Privadas e Inventario de acuerdos realizados en el cual encontraremos los Operativos Médicos, plantillas de actores y análisis de involucrados, lista de actores clave.</p>	

<p>2. Desarrollan y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio mutuo y apoyarse mutuamente, con experiencia, recursos y conocimiento; incluyendo intercambiar buenas prácticas, servicios en redes y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, entre otros. Por ejemplo: Laboratorios, Centros de Salud, etc.</p>	<p>Por medio de las Mesas locales, y organizaciones tenemos acuerdos con instituciones como UNICEF, USAID, PAI para mantener la cobertura de las vacunas para evitar enfermedades prevenibles. Con la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGETSITSS) del Ministerio de Salud llevamos el Servicio de Atención Integral (SAI). Con el Programa Nacional contra la Tuberculosis (PNCT) el hospital lleva el Programa de Tuberculosis. Con la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) llevamos a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Mientras que con la Dirección de Salud Ambiental y el Ayuntamiento colaboramos en la deposición de residuos sólidos hospitalarios, y el control de la cloración del agua usada en el hospital. Ayuntamiento, bomberos, entre otras. A nivel educativo contamos con alianzas con la UASD, UTESA, INTEC, INFOTEP Evidencias: Contrato de Basura, Acuerdos y El Impacto de Nuestras Alianzas, comunicaciones de recibimientos de estudiantes de las diferentes universidades. Evidencias: Informe de enseñanza, acuerdos con universidades, comunicaciones de las diferentes universidades con los rotantes, Informes del hospital a los diferentes hospitales docentes</p>	
<p>3. Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.</p>	<p>Monitoreamos por medio de indicadores de salud establecidos que por medio de estas alianzas impactamos los usuarios en mejora de la calidad en la atención. Cada departamento regulariza el rol que deben tener cada universidad u hospital de acuerdo a la naturaleza de sus áreas, donde implementa reglas como: horarios, ética, protocolos, guías, etc. Evidencias: acuerdos, horarios, divisiones por áreas.</p>	

<p>4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.</p>	<p>En la actualidad contamos con la alianza público-privada como las Universidades (INTEC, UTESA, UASD), del sector Público (PROMESE, Plan de la Presidencia, Ayuntamiento, DIGESSET y escuelas Públicas del sector. Las diferentes alianzas que posee nuestro centro hospitalario son de suma importancia ya que estas nos ayudan a mantener nuestra institución en funcionamiento y mejorar cada día los servicios que ofrecemos.</p> <p>Con los recursos adquiridos a través de la venta de servicios a las ARS podemos implementar mejoras, contratar personal faltante, adquirir insumos y materiales gastables, medicamentos entre otros. Que todos en conjunto nos ayudan a dar un mejor servicio a nuestros usuarios y mantener una mejora continua.</p> <p>Evidencias: alianzas públicas y privadas. Contratos con ARS</p>	
<p>5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.</p>	<p>Se aplica según los parámetros de la ley No. 340-06 de Compra y Contrataciones, que este al día con el pago de la TSS, proveedor del Estado, pago de impuestos, entre otros.</p> <p>Nuestros proveedores están altamente capacitados y poseen la responsabilidad necesaria para formar parte de esta gran familia.</p> <p>Estamos utilizando el Portal Transaccional para las licitaciones para la compra y Contrataciones.</p> <p>Evidencia: Links del Portal Transaccional y Ley 340-06: Listado de proveedor con todos sus datos.</p>	

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

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

Documento Externo  
SGC-MAP

<p>I. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.</p>	<p>El Hospital cuenta con un Consejo de Administración que como contempla el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas del año 2009, está conformado por el director del centro, un representante de la Red a la que pertenece el Centro, dos representantes de la comunidad organizada, un representante de la municipalidad y dos representantes de los gremios de personal que laboran en el centro. Por medio del centro de atención al usuario se orienta y se le da participación al usuario de los servicios.</p> <p>Contamos con el comité de calidad, grupos focales de la comunidad, en donde damos participación a nuestro personal y a los representantes comunitarios, sus aportes y sugerencia son importantes para el centro.</p> <p>Disponemos del departamento de atención al usuario, el cual cuenta con buzones de quejas y sugerencias ubicados en áreas estratégicas de todo el centro, además contamos con redes sociales y la línea 311, todas estas vías nos ayudan a recibir información importantes de nuestros usuarios externos e internos.</p> <p>A través de las encuestas de satisfacción al usuario por medio de la plataforma del SNS, recibimos la valoración de calidad de las atenciones que brinda nuestro centro de salud.</p> <p>Evidencias: fotos de los buzones de quejas y sugerencias, acta constitutiva del comité de calidad, comité de calidad de los servicios y seguridad del pacientes, listado de participación y minutas de las reuniones de los comités.</p>	
<p>2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.</p>	<p>Se aplica según la ley No. 200-04, de libre acceso a la información pública Tenemos un encargado de relaciones públicas que se encarga de socializar el funcionamiento, actividades, logros en los medios de comunicación internos y externos. Por medio del</p>	

	<p>cual todas las informaciones son expuestas a todos los grupos de interés. Dentro de la institución utilizamos comunicaciones, chats, murales, medios audiovisuales. El personal de salud también brinda en cada contacto con el usuario y sus familiares informaciones oportunas sobre la condición de salud, como recuperarla y como prevenir problemas de salud y disfrutar de un estilo de vida saludable. Todas sus áreas remodeladas están debidamente señalizadas, la cartera de servicios se encuentra disponible y colocada en áreas visibles del hospital. Contamos con marcos de deberes y derechos publicados en todas las áreas de producción de servicios.</p> <p>Trabajamos con la OPTIC para fortalecer nuestro portal, con la DIGEIP todo lo concerniente a Ética y Transparencia</p> <p>Evidencias: comunicaciones, plan de comunicaciones y redes, fotos de actividades, foto cartera de servicios, notas de prensas, formularios de encuestas de satisfacción. Fotos de deberes y derechos, pagina WEB.</p>	
<p>3. Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.</p>	<p>Nuestra institución a través de la planificación operativa desarrolla una gestión eficaz de acuerdo a la demanda de los usuarios.</p> <p>Contamos con Cartera de servicios actualizada en nuestra página WEB y OAI, esta cuenta con las informaciones sobre los servicios que brindamos y sus horarios. Esta se actualiza mensual.</p> <p>Estamos en espera de aprobación de la Carta Compromiso al Ciudadano, donde comprometimos la consulta, emergencia, internamiento, cirugía con los atributos de amabilidad, fiabilidad, profesionalismo en 85%, y el área de imágenes con un tiempo de respuesta de 3 días laborables.</p> <p>Evidencias: fotos, listados de participantes de participación de talleres de la Carta Compromiso al</p>	

	Ciudadano. Fotos de la cartera de servicios en nuestra página WEB y redes sociales, políticas de calidad	
--	--	--

### SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	<p>En nuestro POA se alinean los objetivos estratégicos, metas e indicadores con el presupuesto para poner y mantener la organización en movimiento brindando servicios de calidad con eficiencia y eficacia.</p> <p>El presupuesto y los recursos humanos son los principales medios para la dirección y control de la organización.</p> <p>Se mantienen un control total de las finanzas garantizando así los recursos necesarios para la realización de actividades estratégicas. Se trabaja minimizando el gasto, esto de acuerdo a los objetivos estratégicos.</p> <p>Evidencias: plan estratégico y matriz POA 2020, Cuadro de Mando Integral, Presupuesto Plurianual.</p>	
2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habilitación y	<p>Se planifica de manera anual, para luego programar de manera mensual los consumos realizados. En nuestra plantilla de Excel en el cual se plasma nuestro POA, está plasmado el presupuesto por proyectos y actividades. Mediante la planificación se establecen los mecanismos de monitoreo y evaluación para un control efectivo y poder detectar desviaciones que se producen en lo proyectado. En este presupuesto se planifican los posibles gastos de los diferentes departamentos que componen el</p>	

<p>servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.</p>	<p>hospital estos son analizados y se van cumpliendo según el orden de prioridad.</p> <p>Para mantener la sustentabilidad del hospital, se han tomado algunas iniciativas en el área de facturación para evitar el escape y asegurar el retorno de la inversión por los servicios prestados.</p> <p>Hemos trabajado con los tiempos de espera, personal para orientar a los ciudadanos, medios audiovisuales informativos de nuestros servicios ofertados.</p> <p>Con relación a las ARS contamos con estructuras y procesos de auditorías médicas de concurrencia y de Cuentas, que buscan monitorear y mejorar la calidad de la atención y la reducción de las glosas en los procesos de los servicios prestados, en general contamos con 18 ARS en la actualidad.</p> <p>Evidencias: reporte de facturación, reporte de auditorías de cuentas médicas, reporte financiero, reportes e informes costos. Contratos con ARS.</p>	
<p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>	<p>Por medio el POAI integramos los objetivos financieros y no financieros. . En el Plan Estratégico se plasman las iniciativas estratégicas y proyectos a ejecutar. De nuestros planes se desprende un plan de compras, un plan de inversiones y todo se ajusta con el presupuesto institucional, el cual se elabora anual.</p> <p>Nuestra institución por medio de la socialización hemos avanzado en lo que se refiere al plan estratégico, análisis FODA, portal de transparencia. Para realizar estos análisis de riesgo y oportunidades se revisan los informes financieros trimestrales e informes anuales históricos, y a través de hojas de cálculos. Estos informes son supervisados por medios de auditorías del Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de salud.</p> <p>Los resultados nos ayudan a identificar las oportunidades de mejoras en términos financieros</p>	

	<p>de cómo seguir aumentando y captando recursos para el buen funcionamiento del hospital.</p> <p>Evidencias: plan estratégico, Informes financieros trimestral y anual, informes de auditoría.</p>	
<p>4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.</p>	<p>Para asegurar la transparencia financiera y presupuestaria se realizan varias acciones como son: las del presupuesto participativos, en conjunto con el Servicio Regional de Salud Metropolitano y departamentos del hospital. Contamos con un Auditor de la Contraloría Nacional, quien evalúa todas las transacciones realizadas por la institución acorde a lo establecido por la ley. Tenemos una OAI con su representante quien se encarga de tramitar las informaciones solicitadas por los ciudadanos y colocar las informaciones entregadas en el portal de transparencia.</p> <p>Evidencias: La creación de un Comité de Compras integrado por la dirección, el departamento administrativo y financiero, encargado de compra, departamento legal, departamento de planificación, calidad y desarrollo, quienes se reúnen para decidir sobre todo lo concerniente selección de proveedores, compras y pagos. En cuanto a este tema nos regimos por la ley 340 -06 de compras y contrataciones. Cumpliendo con todos los requisitos legales de nuestro país. Se asegura mediante el correcto uso de los recursos financieros. El departamento administrativo mensual y trimestralmente envía estos informes al Servicio Nacional de Salud y Servicio de Salud Metropolitano, con la finalidad de asegurar la transparencia con la que los recursos son utilizados.</p> <p>Evidencias: portal de transparencia, informes financieros, plan de mejora financiero, Matriz de informe trimestral, informes de auditoría minutas de reuniones comité de compras, acta constitutiva comité de compras, Portal de Transparencia.</p>	

<p>5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.</p>	<p>Cada mes reportamos por medio del formulario 67A, 72A, nuestra producción hospitalaria. También cada departamento por medio de informe de instrumentos estandarizados por el SNS, realiza sus reportes acorde a lo planificado mensual, trimestral, semestral o anual de sus estadísticas en base a los indicadores de cada área.</p> <p>Evidencias: Formularios el 67A, 72A, informes departamentales.</p>	

**SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización.</p>	<p>Contamos con un plan de capacitación en el cual se proporciona capacitación para el personal de forma presencial y virtual con diferentes organizaciones, el cual incluye ciertos cursos para desarrollar las competencias con relación a las tecnologías. Además talleres y socializaciones de Guías y protocolos de actuación.</p> <p>Contamos con nuestra matriz de levantamiento de procesos y procedimientos identificados desde el 2019, en el 2021 y 2022 realizamos la actualización de algunos procesos y procedimientos misionales.</p> <p>Evidencias: Matriz de procesos, foto y listados de las capacitaciones y plan de capacitación del personal, certificados.</p>	
<p>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p>	<p>Las informaciones externas que el hospital considera de interés son recopiladas, analizadas, procesadas y utilizadas por las áreas correspondientes para mejora de la calidad de nuestros servicios. Estas informaciones son utilizadas para la formulación de los planes estratégicos, informes semestrales.</p>	

	<p>Nuestro Plan Estratégico, utiliza las informaciones demográficas y estadísticas correspondientes al municipio, región y área de salud, además, somos parte del sistema de vigilancia epidemiológica del país, por lo que es de suma importancia las Informaciones epidemiológicas que se producen en nuestro país y el mundo.</p> <p>Cada encargado se mantiene recopilando informaciones actualizadas relacionadas con nuevos procedimientos y tratamientos que han sido científicamente probados y se implementan en el hospital.</p> <p>Evidencias: reportes estadísticos y de monitoreo del centro, instrumentos de recolección de información.</p>	
<p>3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p>	<p>Hemos mejorado el sistema de servidores del centro, con lo cual podemos garantizar mucho mejor el almacenamiento de información.</p> <p>También se hicieron mejoras sustanciales en la red wifi del establecimiento.</p> <p>Hemos sido beneficiado con capacitaciones nacionales e internacionales, así como de reuniones vía online con diferentes instituciones.</p> <p>Evidencias: Fotos, certificados, listado de participantes.</p>	
<p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p>	<p>Contamos con Wifi, , las redes sociales, sistemas de Datos abiertos y salón de conferencias y salón de Conferencias.</p> <p>Evidencias: Wifi, listado de participantes.</p>	
<p>5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.</p>	<p>Cada encargado departamental monitorea las información y las capacitaciones referentes a sus áreas, para el cumplimiento de estas a través de Internet, las redes sociales, sistemas de Datos abiertos y salón de conferencias, donde se Involucran a todos los colaboradores.</p> <p>La división de planificación y las secciones de</p>	

	<p>monitoreo y evaluación y calidad monitorean trimestralmente la información y el Conocimiento de la organización asegurando que se cumplan los planes de mejora, la calidad del dato de la información de la producción de servicios, También Epidemiología y Estadística cruzan datos sobre nacimientos y otras estadísticas vitales para garantizar la calidad del dato.</p> <p>Evidencias: reporte de monitoreo trimestral.</p>	
6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	<p>Contamos con correo institucionales a través de los cuales se remiten las informaciones a los distintos departamentos, tenemos un grupos de WhatsApp generales y por departamentos, así como también murales informativos donde se publican las Informaciones generales de la institución.</p> <p>Evidencias: Correos Institucionales, Grupo de WhatsApp, Murales Informativos.</p>	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	<p>Contamos con diferentes redes sociales que nos permiten el intercambio de información con diferentes grupos de interés. Utilizamos la plataforma de ZOOM, GOOGLE MEET Y otras para transferencia de conocimientos al personal.</p> <p>Evidencias: Listado de participantes, redes sociales.</p>	
8. Asegura el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas.	<p>Contamos con diferentes redes sociales que nos permiten el intercambio de información con diferentes grupos de interés.</p> <p>Evidencias: Información suministrada por las redes sociales.</p>	
9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.	<p>Realizamos presentaciones informando sobre el desempeño del hospital a los grupos de interés externos e internos.</p> <p>De igual manera las informaciones relevantes del hospital son presentadas en nuestra página</p>	

	<p>Web y redes sociales.</p> <p>El departamento de Recursos Humanos consta con un archivo con toda la información pertinente a los empleados, así como también el departamento de salud ocupacional.</p> <p>Evidencias: expedientes de empleados.</p>	
--	---	--

**SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.</p>	<p>Nuestra institución en la gestión de tecnología tiene como objetivo proveer a los usuarios (internos y externos) los servicios relacionados con sistemas y tecnología, que faciliten el registro, tabulación y análisis de las informaciones, garantizando datos en tiempo real, confiables, veraces y oportunos para la toma de decisiones. En general las áreas cuentan con equipos de computadoras para la realización del trabajo e información oportuna a nuestros ciudadanos. La gestión de la tecnología está siendo trabajada de acuerdo a las normativas establecidas por los diferentes estamentos que rigen la institución en este sentido.</p> <p>La Sección de tecnología dispone de manual de puestos y funciones, así como políticas, procesos, procedimientos y manuales de operación, que sirven para el desarrollo de la gestión de las TICs.</p> <p>Evidencia: Normas de la OPTIC, POA de Tecnología, y Plan Estratégico y Manuales.</p>	
<p>2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.</p>	<p>No se implementan las evaluaciones de Costo-efectividad de forma estandarizada en la institución.</p>	<p>Implementar sistema de rentabilidad (costo-efectividad) de la tecnología.</p>
<p>3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos</p>	<p>Contamos con los equipos tecnológicos.</p> <p>En el área médica contamos con nuevas</p>	

<p>abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).</p>	<p>tecnologías:          Servidores de última generación.          Mamógrafo.          Ecocardiógrafo.          Tomógrafo.          Endoscopio.          Torre de Laparoscopia.          Equipos de Rayos X portátiles.          Equipos laboratorio clínico.          Para cumplir con las políticas de datos abiertos, nos hemos certificado en las siguientes Normas de la OPTIC          Evidencias: equipos tecnológicos, Certificados NORTIC A2 y A3, fotos equipos.</p>	
<p>4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.</p>	<p>Hemos implementado diferentes sistemas para eficientizar los servicios.          La tecnología en el área de educación continua y capacitación nos permite mantener las redes internas y externas del hospital ya que contamos con residencias médicas y nos permite interrelacionarnos con otros hospitales y unidades de videoconferencia, así mismo en nuestra red interna los empleados utilizan estos sistemas para la realización de actividades formativas.          Evidencias: reuniones virtuales, redes sociales del HMRA, grupos de WhatsApp, otros.</p>	
<p>5. Aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.</p>	<p>Contamos con una infraestructura que consta con dos salones de reuniones, un salón de clases, y nuestras oficinas administrativas cuentan con las TIC. Utilizamos las TIC para brindar información a los usuarios sobre la cartera de servicios que ofertamos, horarios de atención, programación de citas. Estamos trabajando en diferentes sistemas informáticos no solo para trabajar Gestión por Procesos sino Gestión por Resultados.</p>	

	<p>la existencia de medios informativos, para cubrir las necesidades de los grupos de interés (externos).  Garantizando el acceso a la información; a través de las siguientes vías: Correo Electrónico Institucional. Circulares Internas. Creación de Cuentas de Redes Sociales. Portal Web. Intranet.  Evidencias: Módulos Informáticos, Redes Sociales, Murales, Correos Electrónicos, etc.</p>	
<p>6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.</p>	<p>No contamos con esas medidas.</p>	<p>Implementar normas y protocolos que garanticen seguridad cibernética y protección de datos.</p>
<p>7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.</p>	<p>Tomamos en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TICs, por eso promovemos el correcto manejo y la eliminación correcta de reciclaje, la eliminación correcta de los tóner, papel y otros.  Campaña de sensibilización de protección al medio ambiente: envío de mensajes por correo electrónico y en las redes sociales, recordatorios sobre ahorro de energía recordando apagar los equipos informáticos.  Evidencias: Manuales y protocolos, redes sociales.</p>	
<p>8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.</p>	<p>Garantizamos la disponibilidad y el uso racional de productos de calidad por medio del SUGEMI y priorizamos por medio de este los programas de control de enfermedades como VIH, Tuberculosis, Malaria, PAI.  Brindamos servicios por medio del COIN, programa de TB, VIH-TB.  Evidencias: SUGEMI, fotos de los departamentos y reportes de producción.</p>	

**SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales).</p>	<p>Hacemos uso eficiente de las instalaciones físicas distribuyéndola de acuerdo a las necesidades y expectativas de nuestros colaboradores.</p> <p>Se realiza un calendario de mantenimiento de equipos y se le da cumplimiento con la finalidad de que se mantengan en funcionamiento y alargar su vida útil.</p> <p>Estamos en el proceso de remodelación de hospital, se contempló las necesidades físicas y de limitaciones, tenemos rampas y ascensores. Existen contratos de mantenimiento firmados con los suplidores, se racionalizan los combustibles y oxígeno, tenemos un área para desechos y materiales tóxicos.</p> <p>El hospital posee parqueos por áreas como son: parqueo administrativo, de emergencia, de consulta y señalizado para discapacitados y embarazadas. Algunas áreas han sido reestructuradas adaptándola a la mejora operacional y por ende ofrecer un mejor servicio. Las instalaciones son evaluadas por los usuarios por medio de encuestas.</p> <p>El hospital cuenta con la división de Mantenimiento responsable del seguimiento del plan general de mantenimiento del Hospital.</p> <p>Es esta división, contamos con el personal</p>	

	<p>operativo para garantizar el mantenimiento de equipos, mobiliario e infraestructura, quienes brindan servicios 24 horas.</p> <p>Evidencias: Plan de Mantenimiento Preventivo, informes y reportes de mantenimiento.</p>	
<p>2. Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.</p>	<p>Nuestro hospital cuenta con tres edificios, consultas, administrativo, emergencias e internamiento y áreas comunes. Contamos con el departamento de mantenimiento quien se encarga por medio de la distribución de su personal mantener nuestras áreas higienizadas de forma eficiente y sostenible por medio del despacho de materiales para estos fines por medio del seguimiento al plan de mantenimiento. Se realizan supervisiones diarias de instalaciones y equipos con la finalidad de asegurar un correcto funcionamiento de las mismas. Tenemos un plan de mantenimiento de la infraestructura. Contamos con un formulario de monitoreo higiene y mantenimiento donde se hacen supervisión de tinacos, tanques, grifo, tuberías, medición de cloración de agua, limpieza, pintura, iluminación, puertas, cerraduras ventanas, camas, equipos plagas, aire acondicionado por departamentos, plomería, planta eléctrica, aceite voltaje y horas, de cisterna, basura. Estas supervisiones se hacen con la finalidad de mantener en óptimas condiciones todo lo concernientes a los servicios generales.</p> <p>Evidencias: Seguimiento al plan de mantenimiento, informe de la infraestructura de OISOE.</p>	
<p>3. Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.</p>	<p>Contamos con la sección de activo fijo quien se encarga de asegurar una gestión efectiva equipos, mobiliarios, etc.</p> <p>El departamento de mantenimiento que por medio de su plan preventivo permite que el ciclo de vida de la infraestructura se mantenga sin poner en peligro la estructura física como el personal y usuarios.</p>	

	Evidencias: reportes de activo fijo, seguimiento al plan de mantenimiento de infraestructura y equipos.	
4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	Contamos con dos salones de reuniones, salón de enseñanzas, los cuales son utilizados por las diferentes universidades, institutos tecnológicos, reuniones del CMD, reuniones con comunitarios. Evidencias: fotos de reuniones.	
5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	Utilizamos los vehículos solo para casos que ameriten su utilización, así como también los medios energéticos. La energía es un recurso indispensable para la realización de nuestra labor diaria, por tal motivo se le presta especial atención realizando las siguientes tareas: apagando equipos y bombillas fuera de uso, mantenimiento de redes y cableados, supervisión de las instalaciones de acuerdo al plan de mantenimiento, entre otras. Evidencias: Plan de mantenimiento de vehículos, comunicaciones al personal sobre las medidas a tomar en el consumo energético.	
6. Garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los pacientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público).	Contamos con varias áreas de parqueos señalizados, distribuidos para las diferentes áreas como son: parqueos para áreas administrativas, médicos, usuarios, ambulancias y taxistas. Los parqueos están debidamente señalizados, iluminados. Contamos con parqueos inclusivos para las diferentes discapacidades, cercano a las entradas principales del centro. Estamos ubicados en una vía principal, por lo que contamos con diferentes rutas de guaguas y carros públicos que permiten a nuestros usuarios un fácil acceso al centro.	

	Evidencias: fotos de los parqueos, cartas o comunicaciones de ahorro de energía.	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	Tenemos el comité de emergencias y desastre conformado desde hace varios años. En este año fue actualizado con el plan de gestión de riesgos. Evidencias: Acta constitutiva del comité de emergencias y desastres y su plan actualizado.	
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	Disponemos de un plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Infraestructura y Mobiliario, del cual enviamos informes trimestrales al SRSM, por medio del POA. A este plan le damos seguimiento de cerca para el correcto funcionamiento de las áreas y mobiliario. Evidencias: plan de Mantenimiento Preventivo, reportes.	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	Con la nueva Estructura Organizativa, contamos con la sesión de Activo Fijo, quien se encarga de realizar y actualizar el inventario de bienes. Ese inventario se reporta trimestral al SRSM por medio del POA. Evidencias: Estructura Organizativa, reporte de inventario de bienes.	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	Estamos en plena implementación del programa de saneamiento de la gestión de desechos y residuos sólidos. Contamos con la ruta de evacuación de desechos sólidos. El departamento de bioseguridad se encarga del monitoreo y supervisión del cumplimiento de este protocolo. Mensualmente realizamos el levantamiento con formularios estandarizados por el SNS, para el correcto manejo de los desechos sólidos.	

	<p>Contamos con depósito para los desechos sólidos en buen estado y una compañía para la recolección y deposición final de los desechos infecciosos y la recolección de los desechos comunes por el ayuntamiento.</p> <p>Evidencias: Fotos de la ruta de evacuación, foto del depósito de desechos sólidos, factura de pago a la compañía recolectora de los desechos infecciosos.</p>	
--	--	--

**CRITERIO 5: PROCESOS.**

**Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:**

**SUBCRITERIO 5.1. Diseñar y gestionar procesos para aumentar el valor para ciudadanos y clientes.**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>La organización:</b> I. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.</p>	<p>Tenemos definidos todos los procesos y procedimientos especialmente los procesos clave que añaden valor al servicio brindado y que inciden directamente en la satisfacción de los usuarios. La institución cuenta con un mapa de procesos donde se esquematizan claramente los procesos que llevamos a cabo, entre los que podemos mencionar: procesos estratégicos, procesos misionales o nucleares y los procesos de apoyo a la gestión clínica y la gestión administrativa.</p> <p>Contamos con el Manual de Procedimientos, Manual de organización y Funciones Institucional, las Guías Clínicas, Protocolos de Atención y Reglamentos Técnicos, los cuales contienen los procesos de la gestión clínica y gestión administrativa financiera. Cada proceso tiene identificado a sus responsables para garantizar la ejecución de estos. Para asegurar que los procesos ejecutados se realicen de manera eficiente y con calidad cada gerente de área es responsable de los procesos bajo su responsabilidad</p>	

	Evidencias: mapa de proceso, organigrama, formulario de levantamiento de información, manual de procedimientos, protocolos, guías, normas.	
2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.	Nuestros procesos claves fueron actualizados acorde con las necesidades y simplificados para mejores resultados de nuestros objetivos y mejoras de la calidad de nuestros servicios y a la vez subir el estándar de satisfacción de nuestros usuarios. Los procesos claves están documentados en el formato actual estandarizado por el MAP. Evidencias: Procesos y procedimientos claves documentados.	
3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.	Con el propósito de satisfacer a los usuarios y familiares, realizamos evaluaciones que nos ayudan a modificar los procesos para mejorar las atenciones. Instalación de más áreas de facturación para evitar el aglomeramiento. Atención a las y los adolescentes en una unidad climatizada que permita su privacidad. Facturación para el área de laboratorio. Farmacia en el área de emergencia para el manejo oportuno de medicamento y enfermería. Rotación de residentes de los diferentes hospitales, los cuales colaboran en el manejo de las patologías y atenciones de usuarios lo que conlleva a un manejo oportuno de las patologías. Evidencias: Fotos del área de facturación, listado de médicos residentes rotantes,	
4. Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.	Los procesos están debidamente identificados en el mapa de procesos, en los protocolos de atención y en el manual de procedimientos. Para asegurar que los procesos ejecutados se realicen de manera eficiente y con calidad cada encargado de área es responsable de los procesos	

	<p>bajo su responsabilidad. De manera rutinaria, el Hospital monitorea y evalúa sus procesos, por ejemplo, el censo diario es un indicador de procesos que medimos diariamente para ver la disponibilidad del recurso cama hospitalaria, el día cama disponible y día cama ocupada, son también usados para medir procesos, el porcentaje ocupacional y los días de estancia son otros indicadores para monitorear y evaluar nuestros procesos. Mensualmente estos indicadores se reportan para su monitoreo en el Formulario 67-A. Utilizamos otros indicadores como la presión de urgencias, rendimiento de consulta externa y rendimiento del quirófano para monitorear la eficiencia de nuestros procesos de atención.</p> <p>Evidencias: Manual de Procedimientos, Protocolos de Atención.</p>	
<p>5. Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).</p>	<p>Contamos con indicadores de resultados como son : el POA, Tablero de Mando, Sala Situacional Materno-Infantil, Sala Neonatal, Mediciones de los atributos de calidad, Plantilla de indicadores de calidad, Índice de seguridad de emergencias, Satisfacción al Usuario.</p> <p>Otros indicadores que se monitorean son los relacionados a la Cartera de Servicios, Carta Compromiso al Ciudadano y la Gestión Productiva de Servicios.</p> <p>Realizamos los acuerdos de desempeño anualmente y esos son avalados por el SNS y MAP.</p> <p>Evidencias: Sala situacional, Tablero de Mando, Plantilla de Indicadores de Calidad, índice de seguridad de emergencias, Carera de Servicios, Acuerdos de Desempeño.</p>	

<p>6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.</p>	<p>Nuestra cartera de servicios esta publicada en nuestra página Web, redes sociales, murales.          Contamos con el plan de control epidemiológico por medio del cual se vigila, reporta las enfermedades infectocontagiosas y las de control epidemiológico y de reporte oportuno, por medio del formulario EPI 1, Todos los protocolos, manuales y guías son socializados en las diferentes áreas afines a su contenido.          Tenemos nuestros manuales internos de Bioseguridad.          Somos un hospital de referencia nacional ya que somos general.          Evidencias: Plan de control epidemiológico, protocolos y manuales, EPI 1.</p>	
<p>7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.</p>	<p>Tenemos habilitación provisional hasta el mes de julio 2022, pero ya depositamos toda la documentación reglamentaria en ventanilla única del Ministerio de Salud Pública. También ya fuimos inspeccionado por el ministerio, estamos a la espera del informe diagnostico con las áreas de mejoras o la certificación de la habilitación.          Evidencias: Certificación de habilitación provisional, recibo de depósito de documentos en ventanilla única.</p>	

**Subcriterio 5.2 Entregar productos y servicios para clientes, ciudadanos, grupos de interés y la sociedad.**

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

<p>I. Identifica, diseña, entrega y mejora los servicios y productos, utilizando métodos innovadores e involucrando a los pacientes y grupos de interés para identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas. Por ejemplo: por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, procedimientos de gestión de reclamos, aplicando la diversidad y la gestión de género, otros.</p>	<p>La participación de los ciudadanos y nuestros empleados son parte importante a tomar en cuenta en los planes de mejoras para mejorar la calidad de nuestros servicios, teniendo participación importante la diversidad. Realizamos encuestas diarias de satisfacción usuario por el departamento de Atención al Usuario y Departamento de Calidad. Tanto el Ministerio de Salud como el Servicio Nacional de Salud, el MAP, UNICEF y otros grupos de interés, realizan encuestas y dan seguimiento al diseño de procesos y el desarrollo de estándares de calidad.</p> <p>Realizan el monitoreo de procesos para la evaluación de la iniciativa: hospital que atiende con calidad a la madre y al niño.</p> <p>Realizan encuestas de satisfacción de usuarias y familiares para conocer sus opiniones sobre los procesos del hospital y escuchan sus sugerencias de mejora.</p> <p>El hospital dispone de buzones de quejas y sugerencias donde se recogen las opiniones de los ciudadanos clientes.</p> <p>Realizamos encuesta de clima laboral para identificar las áreas que debemos mejorar. Mensualmente el hospital recoge las opiniones de los usuarios y grupos de interés y utiliza la información para la mejora de los productos y servicios. Después de estas reuniones, se definen las prioridades, se diseñan mejoras y se incluyen en nuestro plan de mejoras.</p> <p>Evidencias: Encuestas de satisfacción de usuarios, actas de reuniones, fotos, acuerdos, procesos mejorados, Informes de retroalimentación del SNS Y Unicef. Informes de los buzones.</p>	
<p>2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p>	<p>Hemos diseñado servicios dirigidos a los ciudadanos según la necesidad presentada en el sector, por lo que nuestra cartera de servicios se ha visto ampliada</p>	

	<p>y en constante actualización. Gestionamos su ciclo de vida desde el ingreso de un usuario al hospital hasta que sale del mismo, reutilizando las informaciones que ya contenemos del usuario y su expediente.</p> <p>Evidencias: Cartera de Servicios</p>	
<p>3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tabloneros de anuncios en Braille y audio), otros.</p>	<p>La cartera de servicios actualizada es cargada mensualmente en la página web del centro. También se encuentra visible en áreas del hospital para ser difundida a los clientes. El horario de servicios, desde la apertura se encuentra disponible en los brochures, página web y en las áreas del hospital (consultas externas 8:00am-6:00pm, emergencias 24 horas y hospitalización 24 horas. Desde el portal transparencia el hospital mantiene actualizada las informaciones relevantes: Estadísticas, Compras, y Nominas. Mediante las redes sociales son publicadas la apertura de nuevos servicios y los horarios. Contamos con múltiples instrumentos para difundir las informaciones relevantes de nuestro centro. Evidencias: Pagina WEB, redes sociales, Cartera de Servicios.</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.</p>	<p>La Estructura Organizativa y el mapa de procesos están integrados a lo interno. Nuestros procesos estratégicos, misionales y de apoyo coordinan con diversas instituciones como son:</p> <p>-El SNS y el SRSM todo el desarrollo gerencial para la prestación de servicios, así como el monitoreo y Evaluación de programas, planes y proyectos.</p>	

	<p>-Con el MAP y el INAP, lo relativo a la gestión humana, la capacitación y la calidad institucional.</p> <p>-Ministerio de Salud para la vigilancia epidemiológica, reporte de estadísticas vitales, indicadores de calidad del VMGC, evaluación de la gestión medioambiental.</p> <p>-Junta Central Electoral para la declaración de los neonatos</p> <p>-Con Compras y Contrataciones Públicas o relativo al proceso transparente de compras y contrataciones y el portal de compras.</p> <p>-Con la Contraloría el proceso de la gestión financiera.</p> <p>-Con DIGEIG todo lo relativo a la ética e integridad de la gestión.</p> <p>-Tenemos procesos con universidades, proveedores de insumos, institutos, organizaciones comunitarias.</p> <p>Evidencias: Informes y reportes.</p>	
<p>2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.</p>	<p>Participamos en un sistema compartido en la prestación de servicios e intercambio de datos con diferentes instituciones públicas a través de las siguientes plataformas:</p> <p>SIGEF: unido con el Sistema de Nomina; en el cual se trabaja la programación, el libramiento y el ordenamiento de los pagos. Este está conectado con la contraloría.</p> <p>SISTAP (MAP): se registran todos los empleados públicos.</p> <p>DIGEPI: se registran los informes y reportes epidemiológicos.</p> <p>DIES (MISPA): se reportan todos los nacimientos y defunciones.</p> <p>Sistema de Reclamación Laboral.</p> <p>SAIP: sistema de acceso a la información pública, mediante el cual se suministran, reciben y responden solicitudes de información del hospital.</p> <p>Evidencias: fotos de las plataformas.</p>	

<p>3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.</p>	<p>Coordinamos acciones con la gerencia de área del SRSM, con el mismo SRSM y con el SNS para solucionar problemas o tratar sobrerreferencias y contrarreferencias de pacientes.</p> <p>Tenemos grupos de WhatsApp para resolver los problemas de dirección, planificación, calidad de servicios, referencias y contrarreferencias, emergencias y desastres entre otros.</p> <p>Contamos con 18 ARS contratadas con las cuales nos mantenemos en un constante trabajo para solucionar problemas de sus afiliados en sus diferentes necesidades, mesas de trabajos, etc.</p> <p>Con los proveedores nos mantenemos en diferentes mesas de trabajo.</p> <p>Evidencias: fotos, informes. Contratos con ARS.</p>	
<p>4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.</p>	<p>Contamos con procesos estandarizados por el SNS para las consultas, la atención de urgencias, hospitalización, atención en neonatos, partos, quirófanos y otros.</p> <p>Todos los datos son compartidos con socios claves como el MSP, el SRSM y el SNS. También con otras instituciones públicas como Compras, MAP, la Contraloría, la TSS, Senasa y otras.</p> <p>Evidencias: fotos e informes.</p>	

## CRITERIOS DE RESULTADOS

### CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

Considere lo que la organización ha logrado para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y ciudadanos a través de los siguientes resultados:

#### SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

##### I. Resultados de la percepción general de la organización, en cuanto a:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)	Los resultados de las encuestas que hemos aplicado desde 2018-2021, hemos observado como la imagen global y reputación del Hospital Dr. Vinicio Calventi se consolidan cada día en las preferencias de los clientes. De acuerdo a la encuesta realizada en septiembre-diciembre del 2021, el 95.29% considera entre muy buena y buena la percepción en cuanto a la calidad de los servicios ofrecidos en las últimas mediciones realizadas en las encuestas de satisfacción a los usuarios. Con relación a los desechos sólidos tenemos contratada una compañía privada que se encarga de la recolección de los desechos sólidos infecciosos y los comunes son recogidos por el ayuntamiento de la demarcación.	

	Evidencia: Informe de la Encuesta de usuarios externos 2021 SNS. Contrato de compañía de recolección de los desechos sólidos infecciosos.	
<p>2. Orientación al usuario / paciente que muestra el personal. (amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, apertura, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).</p>	<p>El centro hasta principios del año 2020 realizamos las encuestas de satisfacción al usuario de forma manual, luego el SNS implemento la encuesta online estandarizada para aplicar las encuestas de satisfacción de los servicios, arrojó los siguientes datos.</p> <p>Satisfacción general 89.75%.  Satisfacción por área de hospitalización 91.53%.  Satisfacción por área de imágenes 90,99%.  Satisfacción por área de Laboratorio 88.41%.  Satisfacción por área de emergencias 88.38%.  Satisfacción por área de consulta externa 90.68%.  Medición de los atributos de calidad Mayo 2021- mayo 2022.  Amabilidad 97.49%.  Profesionalidad 97.15%.  Facilidad y rapidez 93.27%.  Manejo de la Información 92.70%.  Acceso a los servicios 91.68%  Tiempo de recibimiento de resultados 88.71%.  Evidencias: Encuesta satisfacción Enero-junio 2021.</p>	
<p>3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p>	<p>Contamos con un consejo administrativo hospitalario (CAH) integrado por 2 representantes de la comunidad, 1 representante del consejo provincial de desarrollo, 1 representante del ayuntamiento, el director del hospital, subdirector administrativo y 2 representantes de los gremios del resto del personal hospitalario. Este vela por una adecuada repuesta del hospital a las necesidades comunitarias y viceversas. Nuestra comunidad es involucrada en varios procesos como son; procesos de limpieza exterior del centro hospitalario, adquisición de nuevos equipos, mantenimiento en general, en la planificación</p>	

	<p>estratégica del hospital y en la toma de decisiones mediante reuniones.</p> <p>El 95-98 % de los usuarios encuestados durante los años 2018, 2019 y 2021 recibieron suficiente información sobre su padecimiento o estado de salud en las áreas de servicios de nuestra institución. Además, en varios de nuestros medios de participación de los ciudadanos/clientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización son:</p> <p>Nuestros buzones de quejas y sugerencias.  Oficina de atención al usuario.  Encuestas de satisfacción.  Redes sociales (Facebook e Instagram).  Evidencias: fotografías, acta Comité Administrativo Hospitalario, actas y minutas. Resultados de Encuestas de satisfacción.</p>	
<p>4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).</p>	<p>Nuestro hospital se rige por la Ley 41-08 de Función Pública, Ley 42-01 o General de Salud y la Ley 87-01 de seguridad social. Donde todos los servicios que brindamos están fundamentados en estas dos leyes. Tenemos conformado el Comité de Ética.</p> <p>En diferentes áreas del hospital, tenemos colocados los derechos y deberes de los usuarios, tomados de la Ley General de Salud, la cual aplicamos. Contamos con una Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI), la valoración del portal de transparencia al mes de mayo 2019 es de 76 puntos. Nuestra institución envía un reporte mensual al Servicio Regional de Salud con los datos de la producción y la y el reporte administrativo financiero. También remite a las autoridades los Estados Financieros. Trimestralmente presentamos los indicadores de calidad al VMGC.</p> <p>La transparencia es uno de nuestros valores clave para generar confianza. Se responde a las demandas</p>	

	<p>de información sobre la forma de gerencial la organización.</p> <p>Contamos con un personal de relaciones públicas y comunicación para dar todas las informaciones necesarias a nuestros usuarios internos y externos, por las vías que sean solicitados.</p> <p>Rendimos cuenta al SNS, SRSM MSP, MAP, y otros organismos estatales.</p> <p>De estos se encuentran los informes de monitoreo del POA, las indicadores del tablero de Mando, los reportes al SISMAP Salud que actualmente pasamos a formar parte de los 50 hospitales priorizados, los indicadores de calidad al VMGC, Madre y RN bien cuidados, reportes del 67-A, 72-A, entre otros.</p> <p>Evidencias: Ubicación y funcionamiento de la Oficina de Libre Acceso a la Información, Ley 42- 01, Ley 41-08, Ley 340-06 de Compras, 67-A, informes financieros, Derechos y Deberes del Pacientes, expediente manejado con Ley de Compras, Código de Ética.</p>	
<p>5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.</p>	<p>Nuestro hospital cuenta con la resolución No. 155-2022, de nuestra primera versión de Cara Compromiso al Ciudadano, aprobada en mayo 2022. La satisfacción general de los clientes ciudadano es de 89.75%.</p> <p>Los clientes-ciudadanos recomendarían a otra persona atenderse en nuestro centro en un 97.8%.</p> <p>Calidad del servicio 86.32%.</p> <p>Facilidad y rapidez 93.27%.</p> <p>Acceso a los servicios 91.68%.</p> <p>Evidencias: encuesta de satisfacción usuarios externos.</p>	

## 2. Resultados de la percepción de los servicios y productos.

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

Documento Externo  
SGC-MAP

<p>I. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).</p>	<p>Contamos con un servicio las 24 horas y a nivel de consulta hemos ampliado nuestra cartera de servicios y horario. Con esta información monitoreamos y evaluamos las necesidades cambiantes de los grupos de interés y los cambios en sus expectativas, necesidades y satisfacción. También utilizamos la información de los buzones para esos fines.</p> <p>Cuando se realizan las encuestas se toma en cuenta las opiniones de los usuarios para la implementación de nuevos servicios o para mantener el existente.</p> <p>De acuerdo a la encuesta realizada en septiembre de 2018, el 84.49% considera que su cita se concluyó en el tiempo programado. En el año 2019 el tiempo de espera mínimo para recibir el servicio es de 15 minutos con un porcentaje de espera de un 92.4% y el tiempo en que el medico atendió al paciente es de 95.7%. En el 2020 no se valoró el tiempo por pandemia COVID-19. En el 2021 y 2022 mayo fue 88,71%</p> <p>Emergencias: 24 horas, 7 días a la semana.  Hospitalización :24 horas , 7 días a la semana  Consultas: 8:00 am. – 6:00 pm.  Imágenes : 24 horas , 7 días a la semana  Laboratorio clínico: 24 horas, 7 días a la semana.  Banco de Sangre: 24 horas, 7 días a la semana.  Bacteriología: 24 horas, 7 días a la semana.  Patología: Lunes a Viernes de 8:00 am a 5:00 pm  Cirugía: 24 horas, 7 días a la semana.  Farmacia Hospitalaria: 24 horas, 7 días a la semana.  Hemodiálisis: Lunes, Miércoles y Viernes de 6:00 am – 6:00 pm  Stand de SENASA: Lunes a Viernes de 8:00 am a 4:00 pm  Áreas Administrativas: Lunes a Viernes de 8:00 am a 5:00 pm  Control de citas: lunes a viernes 7:00 am a 6:00 pm</p>	
--	---	--

Planificación familiar: lunes a viernes, 8:00 am a 5:00 pm.

Contamos con diferentes áreas para brindar las informaciones, atención al usuario, comunicaciones, redes sociales, portal transparencia, murales y audiovisuales. Nuestra Carta Compromiso, donde explicamos a nuestros usuarios nuestras responsabilidades de gestión para que ellos reciban servicios de calidad con calidez.

Los servicios son gratuitos y solo se les facturas a las aseguradoras sin diferencia de copago.

Nuestra cartera de servicios es difundida por diferentes medios e informaciones sobre temas diversos de interés para nuestros usuarios.

Contamos con las redes sociales y los diferentes grupos sociales. Estos medios de comunicación nos vinculan con nuestros usuarios con el fin de facilitar el acceso a los servicios y que estos sean brindados con calidad y oportunidad.

Contamos con la oficina de Libre Acceso a la información 24/7. Evidencias: redes sociales, fotos OAI, confirmamos la presencia de esta oficina en la institución. Carpeta Carta Compromiso, fotos de participación en las charlas, foto de pantalla, Form. 72-A. Reporte de pacientes atendidos sin ningún costo y lista de pacientes atendidos de las ARS sin cobro de copago.

Nuestra accesibilidad a los servicios físicos esta beneficiada por servicios de transporte público como son:

- Ruta 69
- Ruta 23
- Ruta 90
- OMSA.
- Ruta KM 20.
- Carritos Alcarrizos adentro.
- Motoconchos.
- Taxi Calventi.

	<p>Contamos con rampas, sillas de ruedas, pasamanos, ascensores, baños.</p> <p>Evidencias: fotos de rampas, sillas de ruedas, pasamanos, fotos de ruta, etc.</p>	
<p>2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).</p>	<p>Por medio de las encuestas del SNS, medimos os estándares de calidad, agilidad y el tiempo de espera de citas como de resultados obteniendo esta valoración por nuestros clientes.</p> <p>Medición de los atributos de calidad Mayo 2021- mayo 2022.</p> <p>Amabilidad 97.49%.</p> <p>Profesionalidad 97.15%.</p> <p>Facilidad y rapidez 93.27%.</p> <p>Manejo de la Información 92.70%.</p> <p>Acceso a los servicios 91.68%</p> <p>Tiempo de recibimiento de resultados 88.71%.</p> <p>Contamos con un plan de mantenimiento de infraestructura y equipo anual, donde mensualmente supervisamos dichas áreas, estos informes son enviados al SRSM trimestralmente.</p> <p>Contamos con el levantamiento de buenas prácticas de almacén de farmacia, el cual se realiza mensualmente revisando la calidad, temperatura y almacenamiento de los medicamentos, estos informes son enviados trimestralmente al SRSM.</p> <p>Tenemos un plan preventivo del medioambiente el cual levantamos en acompañamiento con Ministerio de Salud Pública, donde le enviamos los informes trimestralmente.</p> <p>También nuestro director por medio de comunicaciones exhorta a todo el personal al ahorro de energía, contribuir con el mantenimiento de las áreas verdes y al cumplimiento del protocolo y pla de desechos sólidos y contribuir con la limpieza e higienización del centro.</p> <p>Evidencias: encuestas de satisfacción al usuario, informes y planes.</p>	

<p>3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p>	<p>Somos un hospital general, pero nuestro centro se especializa en Materno Infantil, donde es nuestra mayor población atendida. Atenciones a embarazadas de 13,183 consultas, 2021 Paros y cesáreas 2,529, en el 2021. Contamos con la residencias de Medicina Familiar y Geriatria, por lo que la población envejeciente es importante para nosotros. Tenemos el programa de visitas comunitarias a los envejecientes y discapacitados, donde se les realiza consultas y se les facilitan los medicamentos de uso continuo preescritos por nuestros médicos. También acudimos a la comunidad cuando nuestros comunitarios o enlaces comunitarios o los grupos focales nos informan sobre algún comunitario que no puede acudir al centro, brotes, etc. Evidencias: Fotos del área de maternidad. Fotos de visitas comunitarias.</p>	
<p>4. Capacidades de la organización para la innovación.</p>	<p>En cuanto a la capacidad de innovación, se puede ver los métodos nuevos implementados para atender a los ciudadanos/clientes, dentro de estos están: Nuevas áreas de facturación. Departamento de protocolo. Asistencia por Gestores. Reingeniería de la División de Atención al Usuario. Apertura de la emergencia con nueva tecnología. Apertura del área de Hemodiálisis. Inauguración Unidad de Adolescente Junio 2022. Evidencias: Fotos de las diferentes áreas.</p>	
<p>5. Digitalización en la organización.</p>	<p>Contamos con computadoras e internet en todas las áreas.</p>	

	<p>El departamento de tecnología ha innovado con diferentes programas, pero en la actualidad no tenemos.</p> <p>Evidencias: fotos de las oficinas con sus equipos tecnológicos en uso.</p>	
--	--	--

## 6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

### I. Resultados sobre la calidad de los productos y servicios.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).</p>	<p>De acuerdo a la Encuesta de Satisfacción el 89.75% de los usuarios considera que nuestro tiempo de respuesta es de muy buena a buena 97.27%. Lo que evidencia la agilidad de nuestro Hospital a la hora de entregar sus servicios.</p> <p>Las quejas se responden respetando los plazos establecidos en nuestra Carta Compromiso que es de 10 días si son físicas y 15 días si es por Buzón.</p> <p>Los resultados de las pruebas de laboratorio están disponibles en 3 días laborables de acuerdo a otro de los compromisos de la Carta.</p> <p>Las cirugías programadas se realizan en las fechas correspondientes.</p>	

	Evidencias: encuestas de satisfacción al usuario, Seguimiento a la Carta Compromiso al Ciudadano. Matriz de programación de cirugías.	
<p>2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costo de los servicios.</li> <li>2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios</li> <li>3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.</li> </ol>	<p>Las quejas se responden respetando los plazos establecidos en nuestra Carta Compromiso que son de 15 días por las siguientes vías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Buzón de quejas y sugerencias: estos buzones están instalados en un lugar visible en las instalaciones del hospital (15 días laborables para responderlas).</li> <li>-Sistema 3-1-1: a través de la línea 311 y portal web <a href="http://www.311.gob.do">www.311.gob.do</a> (15 días laborables).</li> <li>-Atención al usuario: personal encargado de recibir los casos y asignarlos a los departamentos correspondientes (15 días laborables).</li> <li>-Redes Sociales: @hcalventird (15 días laborables).</li> </ul> <p>Contamos con 20 ARS, y no cobramos copagos a nuestros usuarios.</p> <p>Contamos con una cartera de servicios amplia ya que somos un hospital general. Cumplimos con nuestra cartera de servicios, ya que contamos con un personal responsable con los días estandarizados para siempre dar una cobertura total.</p> <p>Nuestra Carta Compromiso al Ciudadana fue aprobada en mayo 2022.</p> <p>Evidencias: reportes de QDRS, 311 fotos. Cartera de Servicios y sus horarios.</p>	
<p>4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.</p>	<p>Hemos implementado la plantilla QDRS y la apertura de los buzones con respuesta de subsanción a las quejas a partir de enero 2022, donde hemos recibido un total de quejas de 9, las cuales han sido subsanadas en su totalidad.</p> <p>Evidencias: Plantilla QDRS, cartas de subsanción.</p>	

5. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc.

Por medio del Formulario 67A mensualmente reportamos los indicadores en año 2021.

Días Paciente	Prom. De Camas	Días Camas	% Ocupacion	Promedio Estadia	Pacientes Inicio Periodo (prom)
0	0	0	0,00	0,00	0
3.226	11	4.137	77,99	4,35	9
7.712	15	5.384	143,25	3,06	14
1.737	11	4.015	43,26	3,15	8
6.503	18	6.418	101,33	6,21	15
2	0	0	0,00	2,00	0
14	0	0	0,00	7,00	0
47	0	0	0,00	3,62	0
0	0	0	0,00	0,00	0
0	0	0	0,00	0,00	0
5.355	26	9.581	55,89	4,03	21
2	0	0	0,00	1,00	0
1.261	3	1.095	115,16	6,03	2
46	0	0	0,00	3,83	0
264	0	0	0,00	6,95	0
0	0	0	0,00	0,00	0
3.374	3	1.095	308,13	5,96	3
1.316	6	2.190	60,09	8,44	3
774	7	2.555	30,29	2,27	5
1.435	8	2.981	48,14	5,28	6
<b>33.068</b>	<b>108,08</b>	<b>39.450</b>	<b>83,82</b>	<b>4,24</b>	<b>85,42</b>

Evidencias: 67A.

6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.

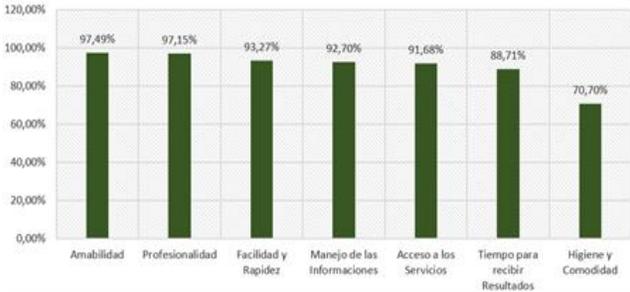
Tenemos nuestra cartera de servicios ajustada al manual de cartera de servicios del SNS para centro de alta complejidad o de tercer nivel.  
 Tenemos alrededor de 48 consultas entre general y especializadas.  
 Contamos con los servicios de:  
 Cardiología  
 Cardiología Pediátrica  
 Medicina Familiar  
 Dermatología  
 Diabetología  
 Médicos Familiares  
 Endocrinología  
 Endocrinología Pediátrica  
 Fisiatría y Rehabilitación

Cartera de Servicios en físico

Gastroenterología  
Gastroenterología Pediátrica  
Genética Clínica  
Geriatría  
Ginecología y Obstetricia  
Ginecología - Oncológica  
Hematología  
Hematología Pediátrica  
Infectología  
Infectología Pediátrica  
Medicina Interna  
Nefrología  
Neumología  
Neurología  
Nutrición  
Oftalmología  
Ortopedia y Traumatología  
Artroscopia  
Otorrinolaringología  
Pediatría  
Perinatología y Neonatología  
Psicología  
Psiquiatría  
Urología  
Vascular  
Especialidades Quirúrgicas  
Anestesiología  
Cirugía General  
Cirugía Torácica  
Cirugía Reconstructiva  
Coloproctología  
Cirugía Pediátrica  
Cirugía Ginecológica y Obstétrica  
Cirugía Maxilo-facial  
Neurocirugía  
Servicios de Urgencias y Emergencias  
Atención de Emergencias  
Servicio de Ambulancia

	<p>Traslado de Paciente  Servicio de Hospitalización  El personal de Medicina Interna, Ginecología y  Pediatria es Rotativo en consulta, Hospitalización  UCI de Adulto  UCI Neonatal  UCI Pediátrico  Unidades de Intervención en Crisis  Servicio de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre  Bacteriología/ Microbiología  Hematología  Hormonas/ Inmunología Clínica/ y Virología  Parasitología/ Urianálisis  Química Sanguínea  Serología  Servicio de Sangre y Hemoderivado  Toma de Muestra  Servicios Odontológicos  Cirugía Maxilofacial  Cirugía Oral  Endodoncia  Odontología General  Odontopediatria  Ortodoncia  Periodoncia  Servicios de Imágenes  Colonoscopia/ Endoscopia  Ecocardiograma  Electroencefalograma  Laparoscopia  Mamografía  Radiología  Sonografía  Programas  Ampliado de Inmunizaciones (PAI-Vacunas)  Programa de Atención Integral al Adolescente.</p>	
--	--	--

	<p>Salud Sexual y Reproductiva (Planificación, CACU (Cáncer de Cuello Uterino)e Información de Métodos Anticonceptivos Hormonales)  Servicio de Atención Integral (SAI)  Terapia Familiar  Tuberculosis  Actividades de Promoción de la Salud  Promoción a la Lactancia Materna.  Servicios Centrales  Anatomía Patológica  Hemodiálisis  Patología Forense  Evidencias: cartera de servicios.</p>	
<p>7. Índice de Satisfacción de Usuarios.</p>	<p>Las encuestas de satisfacción de los servicios, arrojaron los siguientes datos.  Satisfacción general 89.75%.  Satisfacción por área de hospitalización 91.53%.  Satisfacción por área de imágenes 90,99%.  Satisfacción por área de Laboratorio 88.41%.  Satisfacción por área de emergencias 88.38%.  Satisfacción por área de consulta externa 90.68%.  Medición de los atributos de calidad Mayo 2021- mayo 2022.  Amabilidad 97.49%.  Profesionalidad 97.15%.  Facilidad y rapidez 93.27%.  Manejo de la Información 92.70%.  Acceso a los servicios 91.68%  Tiempo de recibimiento de resultados 88.71%.</p>	

	<p style="text-align: center;">Satisfacción para cada Atributo</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Atributo</th> <th>Satisfacción (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Amabilidad</td> <td>97,49%</td> </tr> <tr> <td>Profesionalidad</td> <td>97,15%</td> </tr> <tr> <td>Facilidad y Rapidez</td> <td>93,27%</td> </tr> <tr> <td>Manejo de las Informaciones</td> <td>92,70%</td> </tr> <tr> <td>Acceso a los Servicios</td> <td>91,68%</td> </tr> <tr> <td>Tiempo para recibir Resultados</td> <td>88,71%</td> </tr> <tr> <td>Higiene y Comodidad</td> <td>70,70%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ver evidencia 6.1.1.2 Encuesta satisfacción Enero-junio 2021.</p>	Atributo	Satisfacción (%)	Amabilidad	97,49%	Profesionalidad	97,15%	Facilidad y Rapidez	93,27%	Manejo de las Informaciones	92,70%	Acceso a los Servicios	91,68%	Tiempo para recibir Resultados	88,71%	Higiene y Comodidad	70,70%	
Atributo	Satisfacción (%)																	
Amabilidad	97,49%																	
Profesionalidad	97,15%																	
Facilidad y Rapidez	93,27%																	
Manejo de las Informaciones	92,70%																	
Acceso a los Servicios	91,68%																	
Tiempo para recibir Resultados	88,71%																	
Higiene y Comodidad	70,70%																	

## 2. Resultados en materia de transparencia, accesibilidad e integridad.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.</p>	<p>Formas de comunicación y Participación ciudadana.            Portal Institucional:  <a href="http://www.hospitalcalventi.gob.do">www.hospitalcalventi.gob.do</a>            Portal de transparencia:  <a href="https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia/">https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia/</a>            Correo electrónico:  <a href="mailto:info@hospitalcalventi.gob.do">info@hospitalcalventi.gob.do</a>            Horario de atención: 8.00 am - 4.00 pm            Centro de Recepción: (809) 616-3964            Oficina de Acceso a la Información Pública:            (809) 616-3964 ext.: 2272 Correo electrónico:</p>	

	<p>transparencia@hospitalcalventi.gob.do</p> <p>Redes Sociales: @hcalventird</p> <p>Contamos también con diferentes chats de comunicación interna y de comunicación externa con SRSM. Además contamos con murales , pantallas y comunicaciones</p> <p>Evidencias: fotos de las redes sociales, comunicaciones y fotos de los chats.</p>	
<p>2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)</p>	<p>EL centro cuenta con el comité de Calidad y de Ética. El comité de calidad se reunió mensual en 2021, donde se consensó todas las informaciones que fueron publicadas, la cuales debían ser autorizadas por la máxima autoridad del centro o por el comité de calidad.</p> <p>Contamos con el departamentos de comunicaciones el cual se encarga de confirmar la legitimidad de las informaciones que van a ser publicadas en las redes sociales, a la vez cuenta con el plan de comunicación interna y externa.</p> <p>Las informaciones recibidas por organismos externos llegan a la dirección de hospital de donde son distribuidas a las diferentes áreas y de ahí a todo el personal dependiente de cada una de ellas.</p> <p>Evidencias: comunicaciones, e informaciones escritas, por EMAIL, o chats, redes sociales.</p>	
<p>3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios.</p>	<p>Nosotros reportamos las informaciones al Ministerio de Salud y al Servicio Regional. Los objetivos de rendimiento organizaciones están plasmado en nuestro Plan Estratégico y Plan Operativo Anual y socializado con los colaboradores con la finalidad de centrar esfuerzos donde sea necesario, dirigir los gastos a las áreas más necesarias.</p> <p>Evidencia: ver POA.</p>	

### 3. Resultados relacionados con la participación e innovación de los interesados.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Porcentaje 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. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).</p>	<p>Nuestro hospital da participación a los empleados, comunitarios y grupos de interés, participan en las reuniones de toma de decisión de los procesos. Estos resultados se socializan con el equipo de gestión y los implicados en la atención directa a fin de mejorar la calidad y la satisfacción de los usuarios.</p> <p>Se reciben las sugerencias a través de los buzones, auditorias del MSP, supervisiones del SNS, SRSM, DPS informe de retorno de la y la implementación del modelo CAF del ministerio de administración pública. Con todas estas sugerencias recibidas se elabora un plan de mejora al cual se les da seguimiento para que sean implementadas y posteriormente los resultados son reflejados en el buen servicio que brindamos al paciente.</p> <p>Con nuestros asociados comerciales, priorizamos sus necesidades de acuerdo a nuestras demandas, realizando reuniones y estableciendo acuerdos formales.</p> <p>Con los líderes políticos, representantes de organizaciones comunitarias, iglesias a través de reuniones e intercambios de ideas.</p> <p>Evidencias: Resultados de las encuestas, minutas de reuniones con el CAF, lista de asistencia a elaboración Carta Compromiso al Ciudadano, Estructura Organizativa, Plan estratégico.-</p>	
<p>2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).</p>	<p>Las quejas se responden respetando los plazos establecidos en nuestra Carta Compromiso que es de 15 días.</p> <p>Una de las quejas más frecuentes que expresan las usuarias tiene que ver con el tiempo para el egreso o alta hospitalaria y el tiempo de facturación. Por lo que implementamos otras áreas de facturación para procesos internos donde se simplifican los tramites y a la vez disponemos de</p>	

	<p>más camas libres en horarios matutinos, con una reducción de 2 horas de espera.</p> <p>Apertura de la unidad de adolescente con área privada para este servicio ya que tenemos una población cada vez más creciente. Su inauguración será el 16-6-2022.</p> <p>Apertura del área de hemodiálisis ya que nuestro pacientes era referidos a otros centros, con una atención diaria de 20 Pacientes.</p> <p>Apertura de la emergencias, ya que nos mantuvimos brindado este servicio en el primer nivel del área de internamiento de medicina interna, lo que nos ayudó con esta apertura a tener más camas disponibles en el área de internamiento y a disponer de una emergencia nueva, climatizada y equipos de alta tecnología lo que nos permite brindar estos servicios con mayor calidad y mejor satisfacción al usuario.</p> <p>Se retiraron las carpas establecidas en tiempos de COVID, lo que ha colaborado a tener más parqueos para los usuarios.</p> <p>Evidencias: Matiz QDRS, fotos del área de facturación nueva, fotos de la emergencia, hemodiálisis, fotos primer nivel área de internamiento y unidad de adolescentes.</p>	
<p>3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).</p>	<p>Nuestro hospital en el 2019-2020 constaba con 734 personal femenino, del cual 15 mujeres ostentan cargos administrativos. Actualmente en nuestra nomina tenemos 918 personal femenino. Personal masculino 317, personal con diferentes discapacidades.</p> <p>En nuestro personal fluye la diversidad cultural y social en el cual no hay restricciones para el nombramiento de algunos de estos. No tenemos ningún tipo de restricción para brindar nuestros servicios a los usuarios.</p> <p>Evidencia. Nómina del personas</p>	

--	--	--

#### 4. Resultados sobre el uso de la digitalización y los procedimientos de gobierno electrónico

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).</p>	<p>Con la implementación del Sistema SIGMA para la automatización de todas las áreas de centro. Primera etapa facturación, atención al usuario y caja. Logramos reducir el tiempo de 4 horas a 2 horas los egresos.</p> <p>La adquisición de computadoras y establecidas en todas las áreas del centro ha agilizado el manejo de lo records, la comunicación interna es inmediata, los comunicados por medio de E-mails, chats internos y externos.</p> <p>Contar con el departamento de comunicaciones nos ha agilizado una cobertura más amplia para notificar las informaciones.</p> <p>Nuestro portal de transparencia, OAI, el portal transaccional, que permite ver el manejo de compras y contrataciones.</p> <p>Nuestras redes sociales nos permiten comunicación fluida con los usuarios.</p> <p>Portal Institucional: www.hospitalcalventi.gob.do</p> <p>Portal de transparencia: <a href="https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia/">https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia/</a></p> <p>Correo electrónico: info@hospitalcalventi.gob.do</p> <p>Horario de atención: 8.00 am - 4.00 pm</p> <p>Centro de Recepción: (809) 616-3964</p> <p>Oficina de Acceso a la Información Pública: (809) 616-3964 ext.: 2272 Correo electrónico: transparencia@hospitalcalventi.gob.do</p>	

	<p>Redes Sociales: @hcalventird.</p> <p>Todo esto ha reducido el costo a nivel de papelería y otros insumos de oficina. Y a la vez agiliza los procesos.</p> <p>Contamos con Sistema de Agua Osmosis, que nos permite una agua de calidad para todo el centro y esto contribuye a evitar las IAAS.</p> <p>Instalación de Pantallas para Promoción de Salud, Lactancia Materna, Cuidado de la Madre y RN, Cartera de Servicios e Innovaciones, esto contribuye a mantener a nuestros clientes bien informados y disminuye el tiempo de búsqueda de información de los usuarios de unos 10-15 minutos.</p> <p>Instalación Sistema de Cámaras de Seguridad que nos permite mantener el clima de seguridad de nuestro personal y de los usuarios.</p> <p>Evidencias: fotos de redes sociales, fotos de chats internos y externos, Fotos del área de facturación del sistema. Fotos del cuarto del sistema osmosis, fotos de las cámaras de seguridad.</p>	
<p>2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).</p>	<p>Durante la elaboración del plan estratégico, identificamos a nuestros grupos de interés y completamos el análisis de actores involucrados, determinando su posición respecto al Hospital, su poder y sus intereses. Luego definimos las estrategias a desarrollar con ellos. De los grupos de interés invitados a la elaboración del Plan Estratégico todos los encargados, dirección general y luego se socializo con los comunitarios, representante de las iglesias, colegio médico dominicano, gremios de enfermeras, políticos, representante del ayuntamiento, SRSM.</p> <p>Evidencias: Lista de asistencia y fotos.</p>	

**CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.**

Considere lo que la organización ha logrado para satisfacer las necesidades y expectativas de su gente a través de los siguientes resultados:

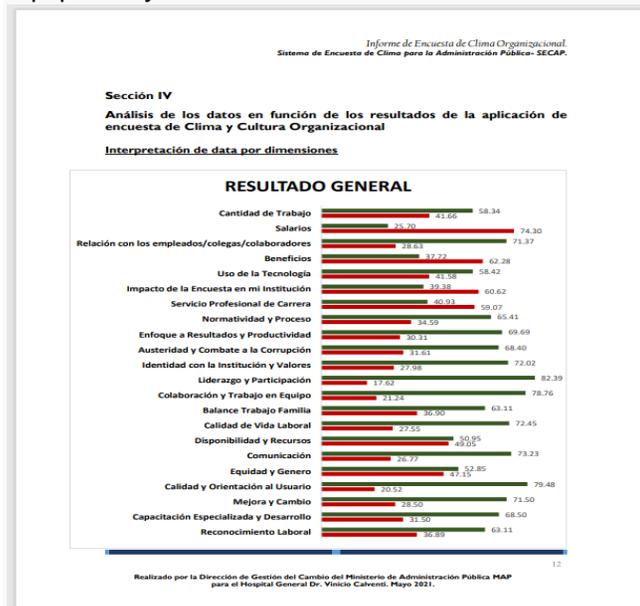
**SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.**

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora				
<p>I. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).</p>	<p>Los usuarios externos también han valorado de manera positiva a nuestra institución, como muestran los siguientes resultados de la medición realizada.</p> <p>Grado de conocimiento de nuestra institución 100%.</p> <p>Área en la que recibió mejor trato consultas con un 90.68%.</p> <p>Satisfacción general de los usuarios 89.75%</p> <p>En el 2021 se dieron:</p> <p>Consultas: 110,480</p> <p>Emergencias: 64,060</p> <p>Hospitalizaciones: 8,829</p> <p>Partos: 2,529</p> <p>Pruebas de laboratorio: 221,896</p> <p>Una muestra de la buena imagen que tiene el hospital tanto en empleados como en la comunidad que los usuarios siguieron confiando en nuestro centro.</p> <p>En la encuesta de clima laboral realizada en el 2021, arrojaron los siguientes datos:</p> <div data-bbox="741 1011 1381 1349" style="text-align: center;"> <p>Informe de Encuesta de Clima Organizacional Sistema de Encuesta de Clima para la Administración Pública-SECAP</p> <p><b>NIVEL DE SATISFACCIÓN GENERAL</b></p> <table border="1"> <tr> <td>POSITIVO</td> <td>62%</td> </tr> <tr> <td>NEGATIVO</td> <td>38%</td> </tr> </table> <p>TABULAR INFORME DE ENCUESTA DE CLIMA</p> <p>Año: 2021</p> </div> <p>Evidencias: encuestas de satisfacción al usuario, e informe de encuesta de clima laboral.</p>	POSITIVO	62%	NEGATIVO	38%	
POSITIVO	62%					
NEGATIVO	38%					

2. Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.

Con el involucramiento en la encuesta de clima laboral realizada por el MAP en el 2021 arrojó que el liderazgo la participación con la institución es de 82.39%, Así de esta misma forma la colaboración y el trabajo en equipo arrojó 78.76%.



En las reuniones de los comités hospitalarios y las entregas de guías realizadas cada mañana, la comunicación es fluida y de ahí salen planes de mejora y la colaboración interdepartamental.

Para la actualización de nuestra filosofía institucional, la participación, del personal, incluidos también comunitarios, encargados departamentales y comunitarios.

Nuestra Misión, Visión, Valores están en murales en las diferentes áreas del centro, además están colgados en todas nuestras redes sociales.

Los carnets de identidad lo tienen plasmado en el dorso.

Evidencias: encuesta de clima laboral 2021, murales, carnets

<p>3. La participación de las personas en las actividades de mejora.</p>	<p>El personal afirman que su supervisor fomenta la participación, el liderazgo y distribuye el trabajo de acuerdo con capacidades o competencias, presenta una valoración positiva de 82.39 %. Esta participación incluye las acciones de Mejora.</p> <p>Implementamos propuestas para le mejora del cambio con una valoración de 71.50%. Impulsando a cambios innovadores.</p> <p>Los supervisores alientan a ser creativo y toma en cuenta otras formas de realizar el trabajo.</p> <p>Contamos con 17 comités que captan nuevas sugerencias para mejorar e involucrar todos los departamentos al ttrabajo en equipo. Colaboración y trabajo en equipo valorado en 78.76%</p> <p>Recibimos respuesta y cooperación oportuna de los miembros de otros departamentos a los que requieren información o apoyo para realizar el trabajo presenta una valoración positiva de 87.4%.</p> <p>Ver evidencias 7.1.2 Encuesta clima laboral 2021</p>	
<p>4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.</p>	<p>Tratamos de mantener conciencia de los posibles conflictos de intereses y el comportamiento Ético y la integridad.</p> <p>La encuesta de clima también arrojo las siguientes respuestas de los colaboradores:</p> <p>La austeridad y combate de la corrupción arrojo 68.40%.</p> <p>La correcta distribución y manejo de los recursos, la pulcritud y el buen uso de aquello que es puesto a disposición para la realización de los trabajos agregando un valor que eleve la calidad de los servicios 50.95%.</p> <p>Contamos con el comité de Ética.</p>	

	Evidencias: Encuesta de clima laboral, acta constitutiva del comité de Ética	
5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.	<p>Las diferentes reuniones realizadas en el año , sirven de marco a la consulta y dialogo, así como a la retroalimentación. Las entregas de guardia y la reuniones del comité de calidad y de calidad de los servicios son ejemplos de ello.</p> <p>En nuestro centro se aplican encuestas anuales de clima, encuesta de satisfacción periódica, y se escuchan las quejas y sugerencias de los colaboradores las cuales son reportadas en la plantilla QDRS.</p> <p>Evidencias: encuesta de clima laboral, plantillas QDRS.</p>	
6. La responsabilidad social de la organización.	<p>Dentro de la responsabilidad social de la institución está el evitar la corrupción, atreves del monitoreo y supervisión de las diferentes áreas de producción, para de esta forma tener todos los insumos y medios tecnológicos para brindar los servicios.</p> <p>Contamos con el portal de transparencia donde se publica la nómina y los proyectos.</p> <p>Todas las compras y transacciones las realizamos mediante el porta transaccional.</p> <p>Disponemos de los desechos biológicos de manera responsable, con la contratación de una compañía certificada por el Ministerio de Salud para preservar el medioambiente de nuestro entorno y evitar la contaminación de las áreas aledañas.</p> <p>En la contratación de proveedores, nos aseguramos que sean social y ambientalmente responsables.</p> <p>Evidencias: fotos del portal de transparencia, Portal Transaccional, OAI, contrato de compañía recolectora de desechos sólidos.</p>	

7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.

Hemos capacitado al personal para brindar servicios especializados con las mejores competencias del mercado.  
 Las mejoras y el cambio se han ido evidenciando tanto en el personal como infraestructura.  
 El clima laboral ha ido mejorando sustancialmente siendo esto evidenciado por la encuesta de clima laboral, aunque nos falta mucho por mejorar.



Evidencia: encuesta de clima laboral.

8. El impacto de la digitalización en la organización.

Los colaboradores valoran mucho el impacto de la tecnología que está ocurriendo en nuestro centro. Estamos incursionando en el adecuado uso de las herramientas y equipos tecnológicos en la consecución de resultados, sobretodo cómo afectan los procesos y la normatividad a la organización y desarrollo de su trabajo.  
 Es indispensable usar las tecnologías de la información y comunicaciones (computadora, internet, celular, audio, e-mail, nube, base de datos, redes, software.

	Evidencias: encuesta de clima laboral. Fotos de los equipos tecnológicos.	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	<p>Somos un centro ágil ya que reportamos oportunamente a los gestores externos y a la vez las necesidades del personal tienen respuesta máximo en 7 días.</p> <p>La agilidad para las respuestas de las QDRS son 15 días estipulados por los organismos y nuestro tiempo record de respuestas es máximo 10 días.</p> <p>Los procesos internos son ágiles ya que contamos con el personal necesario para esto.</p> <p>Evidencias: encuesta de clima laboral y encuesta de satisfacción al usuario.</p>	

## 2. Resultados relacionados con la percepción de la dirección y con los sistemas de gestión.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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>El Plan Estratégico Institucional (PEI) del Hospital Dr. Vinicio Calventi, para el período 2020-2023, es el resultado de un proceso participativo propiciado por la alta dirección institucional, que logró la colaboración en los niveles y momentos pertinentes de representantes de las partes interesadas que integran la institución. Los participantes, a través de un proceso de reflexión, análisis y construcción colaborativa, aportaron sus conocimientos, experiencias y aspiraciones al desarrollo de este proceso.</p> <p>Además anualmente elaboramos el plan operativo anual POA donde participan todos los directivos. Al mismo tiempo se elabora el presupuesto anual mediante el cual se asignan recursos a las actividades planeadas. Estos planes se monitorean y evalúan de manera trimestral.</p> <p>Evidencias: Plan Estratégico 2020-2023 Y POA 2020 y 2021.</p>	

<p>2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.</p>	<p>Contamos con Estructura Organizativa Actualizada en el 2021, Mapa de procesos, Manual de Organización y Funciones Institucional avalado por el MAP 2022. Contamos con todos los procesos y procedimientos levantados e implementado. En 2022 actualizamos los procesos y procedimientos misionales. Evidencias: resolución de aprobación de Estructura Organizativa, resolución de aprobación de Manual de Organización y Funciones Institucional.</p>	
<p>3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.</p>	<p>El centro está en fase de implementación de la estructura organizativa. En el manual de organización de cada departamento, está definido el perfil de cada cargo y las funciones que debe realizar, por lo que están equilibradas las tareas y las responsabilidades. En el proceso de entrevista y selección del personal contratado por el centro, está claramente establecido que primero se considera la búsqueda interna de personal cuando existe una vacante para promocionar el personal interno, contamos con instrumentos estructurados para la entrevista y selección del personal, en base a los perfiles técnicos, funciones y responsabilidades definidos en el manual de organización. Luego que la persona es parte de nuestro personal se instala en sus puestos de trabajo de acuerdo a su perfil, tomando en cuenta sus capacidades para el desarrollo de las tareas acorde con las responsabilidades. Esto lo podemos hacer por la clara definición de funciones y responsabilidades.</p>	

	<p>Anualmente se realiza la evaluación de desempeño suministrada por el MAP a todo el personal con el interés de conocer los conocimientos, habilidades y actitudes del personal y de esta manera poseer una panorámica de las capacidades de las personas y elaborar planes de formación, capacitación y de educación continua. Evidencias: Manual de organización y funciones. Organigrama y Reporte Evaluación del Desempeño.</p>	
4. La gestión del conocimiento.	<p>La información sobre todo el personal, sus competencias, capacitaciones realizadas y su desempeño es gestionada de manera efectiva por la División de RRHH. La encargada de Capacitación elabora el Plan Anual de Capacitación, y realiza los informes del cumplimiento de estos los cuales son enviados al SRSM trimestralmente. Evidencia: Plan de Capacitación, 2021, 2022 Informe de cumplimiento del plan.</p>	
5. La comunicación interna y las medidas de información.	<p>En nuestro centro funciona la comunicación de puertas abiertas, por lo que existe buena comunicación desde la dirección hacia todo el personal. Contamos con el plan de comunicaciones internas y externas. Contamos con diferentes chats departamentales, además los murales, pantallas, e-mail, memorándum y comunicaciones internas fluye diariamente. Las entregas de guardia son el mayor referente de comunicación en todas las áreas. Nuestro director preside diariamente las entregas de guardia. Evidencia: plan de comunicación externa e interna, fotos de murales, cartas, comunicados, informes.</p>	

6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	De acuerdo a nuestra última encuesta de clima laboral el personal valoro la institución en el acápite de reconocimiento laboral en 63.11%. En capacidad de desarrollo 68.50%. En el año 2020 y 2021, no se realizó reconocimiento al personal. Evidencia: encuesta de clima laboral.	
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	Para innovar y generar cambios en la organización se realizan acciones de mejoras, el departamento de planificación y calidad solicitan los cambios a implementar a través de los planes operativos departamentales, donde son plasmados los objetivos de cada departamento e iniciativas innovadoras en procura de mejora de los servicios. En la encuesta de clima laboral que se realiza en nuestra institución a los empleados, se les realizan preguntas para medir la percepción de los cambios e innovaciones. El personal institucional en las reuniones puede expresar sus inquietudes y sugerir las innovaciones y participar en los planes de mejora. Evidencias: encuesta de clima laboral.	

### 3. Resultados relacionados con la percepción de las condiciones de trabajo:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	Realizamos reuniones periódicas para informar los logros y dificultades que presentan por departamento. La dirección y RRHH muestran interés por promover una cultura de valores y el trabajo en equipo. Cuando surgen conflictos personales se medían mediante el gerente y recursos humanos, si el conflicto es grupal media la dirección ya que siempre tiene puertas abiertas para recibir a los empleados. Somos un hospital general y debemos trabajar con todos los departamentos integrados y pueden surgir los conflictos tenemos el	

	<p>Comité de Eventos Adversos y Comité de Ética. Se promueve un buen clima de trabajo respetando las normas, dando acceso a la información, generando confianza, y utilizando el modelo de liderazgo inclusivo. Disminuyendo así la cantidad de conflictos que se puedan presentar y cuando se presentan se solucionan mediante el diálogo con las personas involucradas y el departamento de RRHH, el comité de ética y disciplina si es necesario.</p> <p>En nuestra institución conciliamos con respeto las diferencias que se presentan entre los compañeros de trabajo</p> <p>Evidencias: promoción de cultura de valores y humanización, encuestas de clima laboral, comité de ética.</p>	
<p>2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).</p>	<p>Nuestra institución tiene el departamento de recursos humanos que siempre está en la disposición de conciliar para ayudar al personal que bajo alguna situación personal o laboral con flexibilidad del horario. Tenemos personal con situación de salud que ha sido movido a otra área que conlleva menos riesgo para su salud. Cumplimos con las licencias por enfermedad, por embarazo, licencia pre y post natal.</p> <p>Flexibilidad de horario al personal que posee problemas de salud.</p> <p>Permisos para estudios</p> <p>Flexibilidad de horario por distancia</p> <p>Permisos para cuidar a sus familiares enfermos.</p> <p>Evidencias: encuestas de clima laboral, permisos, licencias pre y post natal, tardanzas, reclasificación de horarios.</p>	
<p>3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.</p>	<p>Nuestra organización tiene la obligación de preservar el respeto y la integridad de personal, así como de mantener la igualdad de oportunidades de acuerdo a las competencias del individuo. Cada empleado tiene</p>	

	<p>las puertas abierta para realizar sus solicitudes de preparación académica, cualquier tipo de ayuda y de exponer sus quejas y sugerencias sin ningún tipo de persecución.</p> <p>Evidencias: encuestas de clima laboral 2021, ayuda para capacitaciones.</p>	
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	<p>Nuestro centro queda en el sector de los Alcarrizos distante del centro de la ciudad por lo que hemos tomado en cuenta los horarios nocturnos, donde por medida de seguridad los servicios se toman a las 6:00 pm. Estamos en remoción y remodelación de algunas áreas de nuestro centro, pero por lo regular tenemos un espacio de descanso de todo el personal médico y enfermería. EL 80% de las áreas tiene aire acondicionado central, mobiliario áreas climatizadas. Comedor, salón de reuniones.</p> <p>Hemos iluminado todo el entorno, embellecimiento y preservación de las áreas verdes.</p> <p>Contamos con parque exclusivo para médicos y personal administrativo a partir de febrero 2022. Áreas de descanso por diferentes especialidades climatizadas y con baño, comedor, salón de reuniones amplio y con tecnología.</p> <p>Evidencias: encuesta clima laboral, medios de verificación de las áreas.</p>	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
I. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.	<p>Motivamos al personal a capacitarse continuamente y estamos en reuniones para realizar un protocolo de motivación al personal. Tenemos personal de carrera administrativa.</p> <p>En nuestra institución se realizan acciones para delegación de responsabilidades, capacidades e informes de productividad. Esto se puede evidenciar</p>	

	<p>en el organigrama y manuales de funciones donde se describen las responsabilidades de cada empleados. Fomentamos el empoderamiento mediante la delegación de responsabilidades, en caso de ausencia se delegan las funciones en el asistente y empleados empoderados.</p> <p>Por medio de la capacitación y Formación permanente.</p> <p>Evidencias: Programa de capacitación, capacitación de liderazgo, o empoderamiento, medición clima laboral.</p>	
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	<p>Motivamos al personal a capacitarse y adquirir nuevas competencias ya que realizamos movilizaciones internas de promoción de puestos de acuerdo a las necesidades. Nos preocupamos por saber el grado de satisfacción de las diferentes capacitaciones que realizamos dentro y fuera de nuestra institución.</p> <p>En el año 2019 fueron capacitados 671 empleados En el año 2020 fueron capacitados 144 empleados En el año 2021 a la fecha hemos capacitados 46 empleados. En el año 2022 a mayo 2022 hemos capacitado a 93 empleados.</p> <p>Evidencias: informes de capacitaciones, fotos y listados de participantes.</p>	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	<p>En la encuesta de satisfacción 2021 arrojó el 63.1% de satisfacción, debido a la pandemia de COVID-19, los talleres y capacitaciones fueron virtuales y se impartieron muy pocos.</p> <p>En 2022 hasta mayo si hemos avanzado en el cumplimiento de las capacitaciones.</p> <p>Evidencias: encuesta de clima laboral, fotos y listados de los talleres y capacitaciones realizadas.</p> <p>En el año 2021 realizamos las siguientes capacitaciones:</p>	

	<p>Trabajo en equipo 35 personas INFOTEP.  Humanización de los servicios 25 personas INFOTEP.  Identificación con la empresa 33 personas INFOTEP.  Taller de hostelería impartido por el SRSM.  Taller sobre manejo de los desechos sólidos, impartido por el SRSM.  Taller sobre lavado de manos impartido por el centro a todo el personal.  Capacitaciones sobre guías y protocolos:  Taller Hemorragias Obstétricas y Código Rojo, Socialización de Protocolos y Guías de Atención Materno Infantil, Prevención de IAAS, Lavado de Manos.  Evidencias: listados de participantes, fotos.</p>	
--	--	--

**SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).**

**I. Resultados generales en las personas.**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación 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>Hemos tenido algunas renunciaciones, cancelaciones, rotación de personal. Hemos realizado nuevos contratos, se detallan en el informe enviado como evidencia por cantidad.  En el 2020-2021  Personal nuevo 71  Ascensos 30  Reajuste 76  Cambios internos 30  Promociones 15  Personal de licencia 15</p>	

	<p>Personal en proceso de pensión 2</p> <p>Existen formularios para: licencias, permisos, rotación del personal, cambios de servicios, amonestaciones, vacaciones e incidentes.</p> <p>Evidencias: formulario de acción de personal, reporte de ausentismo laboral</p>	
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	<p>Todo el recurso humano del centro participa en los planes de mejora.</p> <p>En la encuesta de clima laboral 2021, la colaboración y participación arrojó 82.39%.</p> <p>Esto nos dice que nuestros colaboradores participan en las reuniones importantes para la mejora continua de nuestros servicios.</p> <p>Evidencia: encuesta de clima laboral.</p>	
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.	<p>La institución presta mucha atención a los conflictos, por lo que presta mucho interés al cumplimiento de los valores.</p> <p>El comité de Ética siempre activo, para evitar conflictos.</p> <p>En los 2 últimos años no hemos tenido intervenciones del comité de Ética.</p> <p>Evidencias: Valores institucionales, comité de ética.</p>	
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.	<p>Tenemos un personal involucrado en cada una de las actividades que realizamos, en las cuales participan con mucho entusiasmo y colaboración. Actividad de cultura de valores en el cine, desayuno de cultura de valores, el día del abrazo, operativos médicos de ayuda a las comunidades.</p> <p>Evidencias: atención al usuario colaborando con el usuario, actividad en base a una cultura de valores</p>	

5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).

De acuerdo a nuestra última encuesta de clima laboral el personal valoro la institución en el acápite de reconocimiento laboral en 63.11%. En capacidad de desarrollo 68.50%.

En la encuesta de satisfacción al usuario arrojo los siguientes datos con respecto a:

- Recomendarías a otra persona a atenderse 97,8%.
- Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió entre buena y muy buena.
- Cómo califica la profesionalidad del personal que le atendió. Entre buen y buena.
- Como considero la facilidad y rapidez del servicio brindado. Entre buen y muy buena.
- Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atendió. Entre buena y buena.
- Como considera el acceso a los servicios solicitados. Entre buena y muy buena.
- Como considera el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados. Entre buena y muy buena.



Evidencias: encuesta de clima laboral y encuesta de satisfacción al usuario.

## 2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<b>Resultados de Indicadores relacionados con:</b> + El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.	En la última encuesta de clima laboral el personal valoro el enfoque a resultados y productividad en 69.69% de satisfacción. En cuanto a la Producción Hospitalaria podemos mostrar las siguientes tablas.	

CONSOLIDADO

Región:  Provincia: SANTO DOMINGO a: VIII  
 Nombre del Centro: HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI Código: 6867307  
 AÑO: 2021

1 CONSULTA EXTERNA				2 DATOS VARIOS			
SERVICIO DE:	PRIM. VEZ en el año	Sub Secuenti	TOTAL	Numero Total de:	A Paciente Externo	A Paciente Interno	TOTAL
1 Medicina General	0	0	0	Exámenes de Patología	3,642	0	3,642
4 1Pediatria	1,111	7,309	8,420	Radiografía	7,918	17,352	25,270
5 1Obstetricia	1,863	11,320	13,183	Sonografía	5,317	9,942	15,259
6 1Ginecología	544	5,312	5,856	Tomografía	49	0	49
7 1Medicina Interna	1,886	5,248	7,134	Resonancia Magnética	708	1,159	1,867
8 1Medicina Familiar	2,048	2,910	4,958	Ecografía	0	0	0
9 1Cardiología	834	1,518	2,352	Fluoroscopia	0	0	0
10 1Venereología	0	0	0	Gammagrafia	0	0	0
1 1Gastroenterología	1,088	2,397	3,485	Mamografía	421	0	421
2 1Dermatología	666	640	1,306	Electrocardiograma	3,367	5,573	8,740
3 1Endocrinología	458	1,542	2,000	Endoscopia	403	54	457
4 1Neumología	937	1,188	2,125	Cistoscopia	0	0	0
5 1Salud Mental	1,586	4,875	6,461	Rectoosmoidoscopia	0	0	0
6 1Neurología	453	1,375	1,828	Electroencefalografía	38	74	112
7 1Nefrología	491	590	1,081	Prueba de Esfuerzo	0	0	0
8 1Oncología	154	2,017	2,171	Laparoscopia	0	0	0
9 1Nutrición	470	497	967	Cirugía Mayor		3,329	3,329
10 1Reumatología	0	0	0	Cirugía Menor	1,777		1,777
1 1Geriatría	400	1,818	2,216	Prueba de Laboratorio	71,749	150,147	221,896
2 1Patología de Cuello	0	0	0	Transfusiones	193	0	193
3 1Cirurg. Pediatría	158	115	273	Colposcopia	0	0	0
4 1Planificación	987	2,945	3,932	Otros Datos	282	9	291
5 1Infectología	322	6,380	6,702	No De Muertes por Accidentes de Tránsito			11
6 1Hematología	322	760	1,082	No De Papanicolaou			1,612
7 1Perinatología	15	15	30	No De Embarazadas Adolescentes en Control			3,032
8 1Cirurgía General	1,544	4,743	6,287	No De Muertes Maternas			3
9 1Ortopedia	1,232	2,821	4,113	No De Muertes Niños Menores de 1 Año			9
10 1Odontología	2,872	1,571	4,443	No De Procedimientos Odontológico			7,468
1 1Urología	586	1,296	1,882	Violencia de Genero			0
2 1Oftalmología	807	1,138	1,945	Maltrato Infantil			0
3 1Otorrino	526	198	724	Atención a Accidentes de Tránsito			1,970
4 1Maxilo- Facial	168	100	268				
5 1Fisiatria	421	1,531	1,952				
6 1Cirurgía Plástica	24	95	59				
7 1Neurocirugía	174	248	422				
8 1Cirurg. Cardiovascul.	114	95	209				
9 1Consejería	1,764	4,396	6,160				
10 1Otras Consultas	1,646	2,808	4,454				
<b>Total de Consultas</b>	<b>28,731</b>	<b>81,749</b>	<b>110,480</b>				
<b>EMERGENCIAS</b>			64,060				
<b>TOTAL DE SERVICIOS EXTERNO</b>							
<b>(CONSULTAS + EMERGENCIAS) =</b>			<b>174,540</b>				
CONTINUA AL DORSO							

3 ATENCIONES DE SALUD A PACIENTES EXTRANJEROS	
NUMERO TOTAL DE	No.
3 CONSULTAS	118
3 INTERNAMIENTOS	218
3 EMERGENCIAS	1,366
3 PARTOS	153
3 CIRUGIAS	528
3 ANÁLISIS CLÍNICOS	5,320
3 TRANSFUSIONES	0
3 CESÁREAS	48
3 DOSIS DE VACUNAS APLICADAS	0
3 CONTROLES DE EMBARAZOS	27
3 FALLECIDOS	28

Lado-B

4 HOSPITALIZACION											
SERVICIO DE:	Ingresos	EGRESOS				Días Paciente	Prom. De Camas	Días Camas	% Ocupacion	Promedio Estadia	Pacientes Inicio Periodo (prom)
		Altas	Def. (-48h)	ver. (+48h)	Total						
4.Med. General	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0
4.Pediatría	853	741	0	0	741	3.226	11	4.137	77.99	4.35	9
4.Obstetricia	2.690	2.522	0	0	2.522	7.712	15	5.384	143.25	3.06	14
4.Ginecología	651	551	0	1	552	1.737	11	4.015	43.26	3.15	8
4.Med. interna	1.229	833	19	197	1.048	6.503	18	6.418	101.33	6.21	15
4. Cardiología	1	1	0	0	1	2	0	0	0.00	2.00	0
4.Nefrología	2	2	0	0	2	14	0	0	0.00	7.00	0
4.Gastroenterología	13	13	0	0	13	47	0	0	0.00	3.62	0
4.Endocrinología	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0
4.Neumología	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0
4.Cirugía Gral.	1.583	1.323	1	5	1.329	5.395	26	9.581	55.89	4.03	21
4.Oftalmol-Otorino	2	2	0	0	2	2	0	0	0.00	1.00	0
4.Ortopedia	228	209	0	0	209	1.261	3	1.095	115.16	6.03	2
4.Urología	12	12	0	0	12	46	0	0	0.00	3.83	0
4.Neurocirugía	38	38	0	0	38	264	0	0	0.00	6.95	0
4.Hematología	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0
4.Geriatria	597	553	0	13	566	3.374	3	1.095	308.13	5.96	3
4.Psiquiatría	197	156	0	0	156	1.316	6	2.190	60.09	8.44	3
4.Cuidad. Intens.	395	223	5	113	341	774	7	2.555	30.29	2.27	5
4.Otras Especialidades	338	247	15	10	272	1.435	8	2.981	48.14	5.28	6
<b>TOTAL</b>	<b>8.823</b>	<b>7.426</b>	<b>39</b>	<b>339</b>	<b>7.804</b>	<b>33.068</b>	<b>108,08</b>	<b>39.450</b>	<b>83,82</b>	<b>4,24</b>	<b>85,42</b>

## Salud Reproductiva

Partos y Nacimientos		Edad de la Madre							TOTAL	
		Menor 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44		45 o mas
PARTOS	Via Vaginal	7	261	374	238	131	75	12	2	1.100
	Via Cesarea	11	302	459	339	211	82	24	1	1.429
	<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>563</b>	<b>833</b>	<b>577</b>	<b>342</b>	<b>157</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>2.529</b>
	Gemelares	0	2	3	4	0	2	0	0	11
NACIMIENTOS	Vivos	18	561	826	566	337	155	35	3	2.501
	Muertos	0	2	7	11	5	2	1	0	28
	<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>563</b>	<b>833</b>	<b>577</b>	<b>342</b>	<b>157</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>2.529</b>
	Abortos	5	89	146	119	65	41	11	2	478
	Bajo Peso	3	75	97	61	35	19	2	0	292

Evidencias: encuesta clima laboral y reporte de productividad por área 67A.

2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.

En los resultados de la encuesta en la dimensión uso de la tecnología se obtuvieron los siguientes resultados.  
Uso de la tecnología 58.42%  
Comunicación 73.23%

**Sección IV**  
**Análisis de los datos en función de los resultados de la aplicación de encuesta de Clima y Cultura Organizacional**  
**Interpretación de data por dimensiones**



Evidencia: encuesta clima laboral

3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).

En los resultados de la encuesta de clima laboral en la dimensión capacitación especializada y desarrollo se obtuvo 67.50% de satisfacción.  
En 2021 se ha capacitado a 140 colaboradores.  
Se han impartido 10 cursos presenciales y 25 virtuales.  
Evidencias: Plan de capacitaciones, seguimiento al plan de capacitaciones

4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.

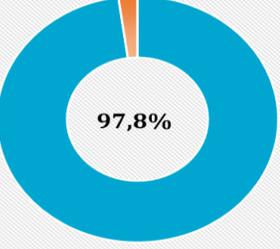
Nuestra institución premia al empleado del mes por sus condiciones laborales y trabajo en grupo, así como a departamentos por sus oportunos reportes y empoderamiento de mejora de los indicadores de salud.  
En el año 2019 reconocimos 48 empleados  
En el año 2020 reconocimos 53 empleados  
En el año 2021 no hubo reconocimientos.

**CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.**

**Considere lo que la organización está logrando con respecto a su responsabilidad social, a través de los resultados de lo siguiente:**

**SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. 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>Nuestra comunidad nos valora con un alto índice de satisfacción ya que abarcamos más de un 95% de sus necesidades, siendo el hospital de más alto nivel de nuestra demarcación y por ser los Alcarrizos un municipio alejado de la ciudad representamos un componente beneficioso socioeconómico. Nuestra participación en actividades humanitarias representa un fuerte en nuestra institución ya que contamos con un enlace en la comunidad el cual nos mantiene informado inmediatamente sucede alguna situación en la que nosotros como centro de salud podemos aportar.</p> <p>Nuestros residentes de medicina familiar y geriatría junto con su MA realizan las visitas comunitarias a aquellos envejecientes y discapacitados que no pueden trasladarse al centro.</p> <p>Ayuda a operativos médicos.</p> <p>Jornada Quirúrgica de Neurocirugía y Vascular (Hernia Discal, Prótesis Aorta Bifemoral, Endarterectomía Carotídea, Tumor Gigante de Glándula Submaxilar). Procedimientos de Alto Costo.</p> <p>Hemos planificado y ejecutado la limpieza de todo el perímetro del hospital con la participación de intuiciones comunitarias como el ayuntamiento, los bomberos, grupos organizados comunitarios, entre otros.</p> <p>Evidencias: fotos de las visitas comunitarias, fotos y listados de las jornadas quirúrgicas, fotos de las limpiezas realizadas con ayuda de diferentes grupos.</p>	
<p>2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.</p>	<p>En la encuesta de Satisfacción al usuario se obtuvo con el siguiente porcentaje de satisfacción.</p> <p>Nosotros recibimos pacientes de todas las provincias, tanto referidos de otras instituciones, como por sus propios medios. Lo que nos hace pensar que somos elegidos por la buena reputación que tenemos en los servicios que brindamos.</p>	

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI</p>  <p style="text-align: center;">89,75%</p> <p style="text-align: center;">■ Satisfacción General</p> <p style="text-align: center;">¿Recomendaría a otra persona atenderse en este establecimiento de salud?</p>  <p style="text-align: center;">2,2%</p> <p style="text-align: center;">97,8%</p> <p style="text-align: center;">■ Si ■ No</p> <p>Evidencias: encuesta de satisfacción al usuario</p>	
<p>3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.</p>	<p>Nuestra institución representa el fuerte a nivel de servicios de salud de estas localidades, representa una reducción de morbilidades medico patológicas transmisibles y no transmisibles. En nuestra localidad impacto socioeconómico ya que sus moradores debían transportarse a grandes distancias para conseguir servicios especializados de salud y nosotros brindamos desde servicios generales médicos hasta subespecialidades. Tenemos en nuestra nomina una gran cantidad de empleados que residen en la localidad. A nivel nacional somos un hospital de referencia. Damos soporte a las universidades para rotación de médicos internos, pasantes y residentes. Somos referentes como hospital docente. Evidencias: actividad de residencias médicas del hospital y personal que reside en los Alcarrizos/ Cartera de Servicios, 67A producción de servicios.</p>	

<p>4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).</p>	<p>Nuestros usuarios por medio de las expresiones verbales, encuestas al usuarios nos evidencias tener una gran credibilidad y seguridad de sus expedientes, que nuestros valores y éticas predominan en nuestros proveedores. A nivel de la opinión de nuestros empleados con la gestión actual han tenido la esperanza y la credibilidad de presentar sus inquietudes y necesidades, de las cuales ya varias han sido resueltas, lo que ha provocado la motivación de muchos empleados a mejorar la calidad de sus trabajos y a crecer el entusiasmo de que seguirán en mejoras de las condiciones existentes.</p> <p>Evidencias: encuesta de clima laboral/ encuesta de satisfacción al usuario/ cartas de solicitud de nivelación salarial.</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>En este periodo hemos remodelado el departamento de odontología con equipamiento nuevo reutilizable, con área climatizada, la cual ha tenido muy buena aceptación por los usuarios y extendiendo el horario de trabajo hasta los sábados y ampliando su cartera de servicios especiales. Reacondicionamos nuestra máquina de hacer oxígeno, lo que nos ha llevado a una reducción del gasto utilizado en la compra que realizábamos de este, ya que es un insumo de alto consumo en nuestro centro.</p> <p>La remodelación de la emergencia y hemodiálisis, lo que nos ha llevado a un aumento de las atenciones en más de 150% con relación al periodo anterior.</p> <p>Reingeniería del personal de cocina, en conjunto con el área de nutrición, esto nos ha llevado a una franca mejoría en la alimentación de los usuarios y adquisición de nuevos insumos comestibles.</p> <p>Evidencias: fotos del área de odontología y de la máquina de oxígeno, emergencias y hemodiálisis, fotos de cocina y departamento de nutrición.</p>	
<p>6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.</p>	<p>Hemos realizado varias encuestas de clima laboral donde se percibe el porcentaje o grado de satisfacción de nuestros servicios y empleados. Los cambios gerenciales y administrativos pueden cambiar en consecuencia de los cambios de las autoridades, pero</p>	

	<p>los puestos de los médicos y demás profesionales de la salud permanecen sin cambios, al menos que sea para reclasificación de puesto por sus competencias adquiridas.</p> <p>Evidencias: reclasificaciones de puestos y análisis de encuestas a usuarios externos, encuestas de clima laboral..</p>	
<p>7. 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>Nuestra institución participa con los comunitarios a través de nuestro enlace con la comunidad, recibimos comunicaciones de todos los sectores de nuestra demarcación, participamos en los operativos que nos invitan. Participamos en actividades de la iglesia católica, donde también realizamos actos en nuestra institución donde participan representantes de las iglesias de la demarcación. Las escuelas envían los estudiantes a realizar las horas de labor social. Escuelas de enfermería envían a realizar la pasantía de estos a nuestra institución. Nuestra ayuda en la comunidad es llevar nuestros servicios a esas comunidades, prestar espacio físico para sus capacitaciones por medio de nuestro personal a los estudiantes, pasantes, residentes. Cualquier institución pública y privada tiene las puertas abiertas para solicitar nuestra cooperación.</p> <p>Evidencias: operativos solicitados de manera externa/ pasantías de enfermería y psicología, pasantía politécnico, rotaciones de médicos internos, pre internos y residentes.</p>	
<p>8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.</p>	<p>En el año 2021 no recibimos felicitaciones, en cambio sí alrededor de 14 sugerencias, la cuales fueron tomadas para mejora de la calidad de nuestros servicios.</p> <p>En el año 2022 hasta el mes de mayo recibimos 4 felicitaciones por las redes sociales y 4 sugerencias.</p> <p>Evidencias: fotos de redes sociales, y audios enviados a la dirección, 311.</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 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>En cumplimiento a la ley 340-06 de Compras y Contrataciones nuestros proveedores deben poseer los siguientes requisitos: Registros de proveedor del estado Estar al día con las obligaciones fiscales Que genere comprobante gubernamental. En cuanto al ahorro de energía tomamos algunas medidas para el ahorro de energía como son: Apagar las luces de las áreas administrativas, consulta externa y cocina, son las únicas áreas que nos permiten tener control de ahorros de energía. Por la naturaleza del centro los demás departamento se mantienen en funcionamiento 24 horas y los equipos no se pueden desconectar porque pierden su calibración. Por ser una institución de salud y cuidar la bioseguridad de nuestros usuarios la cantidad de envases y residuos reutilizados es muy bajo, esto se debe a que generalmente se utilizan de manera individual para cada paciente. Las normas de bioseguridad no nos permiten utilizar materiales reciclados, pero con relación a la basura es tratada y clasificada según las normas medioambientales y las normas de salud. Realizamos y participamos en actividades para preservar el medio ambiente y para el desarrollo de la comunidad de Los Alcarrizos. Evidencias: listado de proveedores con todos sus datos, manual de bioseguridad, acta del comité de bioseguridad, formulario de supervisión de apagado de luces. Supervisiones</p>	

	<p>epidemiológicas, Fotos de plantas de tratamiento de agua, contrato de basura,</p>	
<p>2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.</p>	<p>Existe una excelente relación entre los grupos sociales, autoridades municipales, provinciales y nacionales, nos mantenemos en constante comunicación con la finalidad de apoyarnos mutuamente e involucrarlos en todos los procesos de mejora que realiza el hospital. También se reúnen las autoridades gubernamentales, políticas, legislativas y religiosas. La institución posee contratos con las empresas aseguradoras de salud. (ARS).para la venta de servicios a sus afiliados. El HDVC mantiene una excelente relación constante con las autoridades, grupos y representantes de la comunidad. En el año 2022 enero, recibimos la visita los directores del Servicio Nacional de Salud, doctor Mario Lama y el doctor Edison Félix Félix, del Servicio Regional de Salud Metropolitano, la Vicepresidenta de la Republica Dominicana Raquel Peña Rodríguez. En marzo 2022 recibimos una visita de cortesía del Hospital Reynaldo Almanzar encabezada por su director el doctor Freddy Novas Cuevas. En mayo 2022 recibimos al doctor Jesús Feris Iglesias, ministro de la Sisalril. Evidencias: lista de participación y fotos en las diferentes actividades donde participa la comunidad y autoridades. Contratos de todas las aseguradoras, reuniones con comunitarios, cartas del Director a los grupos más relevantes.</p>	
<p>3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).</p>	<p>Nuestra institución ha realizado conferencias, comunicado de prensa para informar las innovaciones, operativos, visitas de políticos y de instituciones públicas y privadas. Nuestra</p>	

	<p>comunidad se mantiene comunicada a través de medios audiovisuales, medios de prensa y demás.</p> <p>En el mes de mayo 2022 fuimos entrevistados por medios Telemicro en el programa matinal.</p> <p>Evidencias: comunicados de prensa (audiovisuales y escritos), fotografías de visitas políticas y de instituciones públicas y privadas, fotos de la entrevista en matinal canal 5</p>	
<p>4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).</p>	<p>El hospital cuenta con varios programas de apoyo para favorecer a las personas en situación de desventajas.</p> <p>Asistimos a las personas que no tenga seguro médico y que solicitan de nuestros servicios, sin importar su raza, nacionalidad, preferencia sexual, discapacidad, filiación política, religiosa o clase social.</p> <p>Nuestras autoridades mantienen siempre preocupación por las necesidades de nuestros empleados tanto de trabajo como personales. Colaborando siempre en la ayuda de medicamentos, tratamientos, pagos a centros de salud y siendo responsable de exoneraciones por gastos incurridos por servicios dentro del hospital.</p> <p>Evidencias: fotos de operativos, listado de personas atendidas, ayuda en pago de medicamentos, exoneraciones, ayuda para empleados en necesidades externas.</p>	
<p>5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.</p>	<p>Nuestro personal médico y administrativo colabora en los operativos que hemos sido convocados en nuestras comunidades y fuera de ellas, tanto por instituciones públicas o privadas, ONGs, Todo nuestro personal está siempre en la disponibilidad de colaborar desde médicos generales, especialistas, enfermería, siempre con un equipo coordinador y de seguridad.</p> <p>Evidencias: fotos de los operativos.</p>	
<p>6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).</p>	<p>Sostenemos de manera regular el intercambio productivo de conocimientos e información, lo que se evidencia en los siguientes resultados:</p>	

	<p>En cuanto al benchmarking, en 2021 visitamos al Hospital Dr. Reynaldo Almanzar observando sus buenas prácticas de la gestión de calidad de su hospital.</p> <p>También recibimos cuatro delegaciones del SNS quienes fueron a conocer los avances del sistema de gestión documental del centro, bioseguridad, odontología, materno infantil.</p> <p>Nosotros recibimos estudiantes de las siguientes universidades, UASD, UTESA, INTEC.</p> <p>El departamento de atención al usuario tiene el deber de realizar cada día charlas sobre instrucción sobre todos los sistemas utilizados en el centro, sobre lactancia materna, cuidado de su salud, humanización de los servicios, derechos y deberes de los usuarios. En el área de internamiento tenemos un equipo de enfermería y médicos generales que dan charlas a los usuarios sobre lactancia materna, la importancia de acudir a sus chequeos, cuidado del puerperio y Recién Nacido.</p> <p>Evidencias: charlas de atención al usuario, listado de participantes de las charlas de lactancia materna, fotos del benchmarking, fotos de los estudiantes de diferentes universidades.</p>	
<p>7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).</p>	<p>Tenemos varios programas como el de prevención de ZIKAVIRUS en embarazadas donde se les entregan repelentes, condones y charlas de prevención de malformaciones congénitas. Con UNICEF el programa de la iniciativa madre y bebe sano. Con EL COIN contamos con el departamento de atención integral y departamento de TB, monitorizado por el departamento de epidemiología, pruebas gratis y suministro de medicación gratuita, pre y post consejería. Contamos con una unidad de TB. Contamos con la unidad de prevención de crisis.</p> <p>Programa de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio, Planificación Familiar, Programa de Vacunas, Prevención de ITS/SIDA, Prevención del Cáncer Cervico Uterino.</p>	

CONSOLIDADO							
Region:	O	Provincia:	SANTO DOMINGO	Código:	6867307	VIII	
Nombre del Centro:	HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI		AÑO:	2021			
<b>1 CONSULTA EXTERNA</b>			<b>2 DATOS VARIOS</b>				
SERVICIO DE:	PRIM. VEZ en el año	Sub Secuenti	TOTAL	Numero Total de:	A Paciente Externo	Paciente Interno	TOTAL
1 Medicina General	0	0	0	Exámenes de Patología	3.642	0	3.642
1 Pediatría	1.111	7.303	8.420	Radiografía	7.918	17.352	25.270
1 Obstetricia	1.863	11.320	13.183	Sonografía	5.317	9.942	15.259
1 Ginecología	544	5.312	5.856	Tomografía	49	0	49
1 Medicina Interna	1.896	5.248	7.134	Resonancia Magnética	708	1.159	1.867
1 Medicina Familiar	2.048	2.910	4.958	Ecografía	0	0	0
1 Cardiología	834	1.518	2.352	Fluoroscopia	0	0	0
1 Venereología	0	0	0	Gammagrafía	0	0	0
1 Gastroenterología	1.088	2.337	3.485	Mamografía	421	0	421
1 Dermatología	666	640	1.306	Electrocardiograma	3.167	5.573	8.740
1 Endocrinología	458	1.542	2.000	Endoscopia	403	54	457
1 Neumología	937	1.188	2.125	Cistoscopia	0	0	0
1 Salud Mental	1.586	4.875	6.461	Rectosigmoidoscopia	0	0	0
1 Neurología	453	1.375	1.828	Electroencefalografía	38	74	112
1 Nefrología	491	590	1.081	Prueba de Esfuerzo	0	0	0
1 Oncología	154	2.017	2.171	Laparoscopia	0	0	0
1 Nutrición	470	457	967	Cirugía Mayor		3.329	3.329
1 Reumatología	0	0	0	Cirugía Menor	1.777		1.777
1 Geriatria	400	1.816	2.216	Prueba de Laboratorio	71.749	150.147	221.896
1 Patología de Cuello	0	0	0	Transfusiones	193	0	193
1 Ciruj. Pediatría	158	115	273	Colposcopia	0	0	0
1 Planificación	987	2.945	3.932	Otros Datos	262	9	291
1 Infectología	322	6.380	6.702	No De Muertes por Accidentes de Tránsito			11
1 Hematología	322	760	1.082	No De Papanicolaou			1.612
1 Perinatología	15	15	30	No De Embarazadas Adolescentes en Control			3.032
1 Cirujía General	1.544	4.743	6.287	No De Muertes Maternas			3
1 Ortopedia	1.232	2.821	4.113	No De Muertes Niños Menores de 1 Año			3
1 Odontología	2.872	1.571	4.443	No De Procedimientos Odontológico			7.468
1 Urología	586	1.256	1.882	Violencia de Género			0
1 Oftalmología	807	1.138	1.945	Maltrato Infantil			0
1 Otorrino	526	198	724	Atención a Accidentes de Tránsito			1.970
1 Maxilo-Facial	168	100	268				
1 Fisiatría	421	1.531	1.952	<b>3 ATENCIONES DE SALUD A PACIENTES EXTRANJEROS</b>			
1 Cirujía Plástica	24	35	59	<b>NUMERO TOTAL DE</b>			<b>No.</b>
1 Neurocirujía	174	248	422	3 CONSULTAS			118
1 Ciruj. Cardiovascul.	114	95	209	3 INTERNAMENTOS			216
1 Consejería	1.764	4.396	6.160	3 EMERGENCIAS			1.366
1 Otras Consultas	1.646	2.808	4.454	3 PARTOS			153
<b>Total de Consultas</b>	<b>28.731</b>	<b>81.743</b>	<b>110.480</b>	3 CIRUGÍAS			528
<b>EMERGENCIAS</b>			64.060	3 ANÁLISIS CLÍNICOS			5.920
<b>TOTAL DE SERVICIOS EXTERNO</b>				3 TRANSFUSIONES			0
<b>(CONSULTAS + EMERGENCIAS)</b>			<b>174.540</b>	3 CESÁREAS			48

### Salud Reproductiva

Partos y Nacimientos		Edad de la Madre								TOTAL
		Menor 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 o mas	
PARTOS	Via Vaginal	7	261	374	238	131	75	12	2	1.100
	Via Cesarea	11	302	459	339	211	82	24	1	1.429
	<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>563</b>	<b>833</b>	<b>577</b>	<b>342</b>	<b>157</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>2.529</b>
	Gemelares	0	2	3	4	0	2	0	0	11
NACIMIENTOS	Vivos	18	561	826	566	337	155	35	3	2.601
	Muertos	0	2	7	11	5	2	1	0	28
	<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>563</b>	<b>833</b>	<b>577</b>	<b>342</b>	<b>157</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>2.529</b>
	Abortos	5	89	146	119	65	41	11	2	478
	Bajo Peso	3	75	97	61	35	19	2	0	292

#### 4 HOSPITALIZACION

SERVICIO DE:	Ingresos	EGRESOS				Dias Paciente	Prom. De Camas	Dias Camas	% Ocupacion	Promedio Estadia	Pacientefrnci o Periodo (prom)
		Altas	Def. 48h)	(- +48h)	Def. (+48h)						
4.Med. General	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0
4.Pediatría	853	741	0	0	741	3.226	11	4.137	77,99	4,35	9
4.Obstetricia	2.690	2.522	0	0	2.522	7.712	15	5.384	143,25	3,06	14
4.Ginecologia	651	551	0	1	552	1.737	11	4.015	43,26	3,15	8
4.Med. interna	1.229	833	18	197	1.048	6.503	18	6.418	101,33	6,21	15
4.Cardiología	1	1	0	0	1	2	0	0	0,00	2,00	0
4.Nefrología	2	2	0	0	2	14	0	0	0,00	7,00	0
4.Gastroenterología	13	13	0	0	13	47	0	0	0,00	3,62	0
4.Endocrinología	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0
4.Neumología	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0
4.Cirugía Gral.	1.583	1.323	1	5	1.329	5.355	26	9.581	55,89	4,03	21
4.Oftalmol-Otorrino	2	2	0	0	2	2	0	0	0,00	1,00	0
4.Ortopedia	228	209	0	0	209	1.261	3	1.095	115,16	6,03	2
4.Urología	12	12	0	0	12	46	0	0	0,00	3,83	0
4.Neurocirugía	38	38	0	0	38	264	0	0	0,00	6,95	0
4.Hematología	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0
4.Geriatria	597	553	0	13	566	3.374	3	1.095	308,13	5,96	3
4.Psiquiatria	197	156	0	0	156	1.316	6	2.190	60,09	8,44	3
4.Cuidad. Intens.	395	223	5	113	341	774	7	2.555	30,29	2,27	5
4.Otras Especialidades	338	247	15	10	272	1.435	8	2.981	48,14	5,28	6
<b>TOTAL</b>	<b>9.825</b>	<b>7.426</b>	<b>35</b>	<b>339</b>	<b>7.804</b>	<b>33.068</b>	<b>100,00</b>	<b>39.450</b>	<b>93,82</b>	<b>4,24</b>	<b>95,42</b>

AÑO	ESTABLECIMIENTO		Hospital General Dr. Ynciso Ojeda										REGIÓN DE SALUD									
	EMERGENCIA	CONSULTA	PROCEDIMIENTOS REALIZADOS										ADOLESCENTES	EXTRANERAS	EPISIOTOMIAS		OTROS					
	PACIENTES VISTA	INGRESOS	NEUROS	OTRAS	OBSTETRICIA	OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS	OTRAS									
Enero	549	106	101	577	276	7	99	122	48	101	1	23	1	26	18	8	4	10	0	10,20%	0,00%	89,80%
Febrero	596	154	169	761	495	4	77	110	44	210	0	15	1	20	8	3	2	11	0	14,29%	0,00%	85,70%
Marzo	707	157	119	883	500	0	66	114	45	140	0	19	0	21	8	7	1	5	0	7,50%	0,00%	92,42%
Abril	783	164	141	922	478	2	67	111	47	196	0	15	0	21	10	7	3	13	0	19,42%	0,00%	80,58%
Mayo	767	205	223	998	568	2	71	117	36	229	0	11	1	23	5	23	1	6	0	8,45%	0,00%	91,55%
Junio	500	251	101	577	307	2	78	111	33	204	0	16	1	21	5	6	4	6	0	7,69%	0,00%	92,30%
Julio	1.010	410	32	1.190	217	0	111	107	40	288	2	30	1	25	8	11	3	7	0	6,31%	0,00%	93,69%
Agosto	1.192	295	168	1.629	210	1	81	111	38	317	1	31	0	25	5	20	3	15	0	8,52%	0,00%	91,48%
Septiembre	1.161	353	207	1.566	254	4	122	149	27	285	2	34	1	41	6	19	9	18	0	14,75%	0,00%	85,25%
Octubre	1.071	301	100	1.392	230	5	103	130	30	269	0	21	1	28	5	16	3	8	0	7,77%	0,00%	92,23%
Noviembre	1.155	380	108	1.164	246	2	117	131	53	332	2	31	2	24	7	21	12	17	0	14,52%	0,00%	85,47%
Diciembre	1.177	251	108	999	227	3	109	130	36	254	0	32	1	32	9	23	3	15	0	13,76%	0,00%	86,24%
TOTAL	11088	3807	1747	16348	2508	32	1180	1413	478	3824	8	279	10	307	94	164	48	131	0	11,91%	0,00%	88,09%

Evidencias: fotografías de la unidad de tuberculosis y servicio de atención integral (SAI), medicamentos recibidos del SRSM para ser entregados a los pacientes, fotos de la unidad de intervención en crisis.

8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).

Nuestra institución acorde con los operativos que realizamos, ayuda a los ciudadanos, cliente, empleados, son expuestos en el presupuesto.  
No realizamos informe de sostenibilidad.  
Evidencia: presupuesto.

Realizar informe de sostenibilidad.

9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.

No hemos realizado este estudio.

Realizar el estudio de reducción del consumo energético.

<p>10. Uso de incinerador para los residuos médicos.</p>	<p>No tenemos incinerador.</p>	<p>Realizar estudio de factibilidad.</p>
<p>11. Política de residuos y de reciclado.</p>	<p>Contamos con el protocolo de manejo de residuos sólidos, este se ha socializado a todo el personal de la institución, así también con la ruta de evacuación de desechos sólidos.</p> <p>Contamos con nuestro manual de bioseguridad institucional, el cual está en plena implementación en todos los departamentos.</p> <div data-bbox="688 349 1444 841" data-label="Image"> <p>The image shows the cover of a document titled "SALUD AMBIENTAL MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIA". At the top left is the SNS logo (Servicio Nacional de Salud). The title is in white text on a dark blue background. Below the title is a photograph of a modern, multi-story building with red and white accents. At the bottom right, it says "Marzo 2021" and "DIRECCIÓN DE CENTROS HOSPITALARIOS".</p> </div> <div data-bbox="688 849 1444 1430" data-label="Image"> <p>The image shows the cover of a document titled "MANUAL DE BIOSEGURIDAD GENERAL". At the top left is the SNS logo. At the top right is the logo for "HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI". The title is in blue text. In the center is a large red biohazard symbol. At the bottom, it says "Santo Domingo, Los Alcarrizos 2021".</p> </div>	

Documento Externo  
SGC-MAP

Evidencias: Manuales, fotos ruta de evacuación, talleres, charlas.

**CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.**

**Considere los resultados logrados por la organización, en relación con lo siguiente:**

**SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora																								
<p>I. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.</p>	<p>Nuestros indicadores de calidad de los principales servicios para el año 2021 fueron los siguientes.</p> <table border="1" data-bbox="695 509 1392 1125"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Neumonía asociada a ventilación mecánica (VM)</td> <td>0.75%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Infección de tracto urinario asociado a cateterismo urinario permanente</td> <td>0.23%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Bacteriemia asociada a catéter venoso central</td> <td>0.43%</td> <td>0.23%</td> </tr> <tr> <td>Proporción de casos de infecciones en el Área quirúrgica (IAQ)</td> <td>1.14%</td> <td>1.85%</td> </tr> <tr> <td>Proporción de endometritis postquirúrgica</td> <td>0%</td> <td>0.1%</td> </tr> <tr> <td>Proporción de endometritis postparto</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Proporción de procedimientos electivos a los que se le ha aplicado profilaxis antimicrobiana</td> <td>61.43%</td> <td>81%</td> </tr> </tbody> </table>			2021	Neumonía asociada a ventilación mecánica (VM)	0.75%	0%	Infección de tracto urinario asociado a cateterismo urinario permanente	0.23%	0%	Bacteriemia asociada a catéter venoso central	0.43%	0.23%	Proporción de casos de infecciones en el Área quirúrgica (IAQ)	1.14%	1.85%	Proporción de endometritis postquirúrgica	0%	0.1%	Proporción de endometritis postparto	0%	0%	Proporción de procedimientos electivos a los que se le ha aplicado profilaxis antimicrobiana	61.43%	81%	
		2021																								
Neumonía asociada a ventilación mecánica (VM)	0.75%	0%																								
Infección de tracto urinario asociado a cateterismo urinario permanente	0.23%	0%																								
Bacteriemia asociada a catéter venoso central	0.43%	0.23%																								
Proporción de casos de infecciones en el Área quirúrgica (IAQ)	1.14%	1.85%																								
Proporción de endometritis postquirúrgica	0%	0.1%																								
Proporción de endometritis postparto	0%	0%																								
Proporción de procedimientos electivos a los que se le ha aplicado profilaxis antimicrobiana	61.43%	81%																								

Productividad Hospitalaria	Años		
	2019	2020	2021
Nacimientos:	1,830	2,181	2,540
Número de nacidos vivos:	1,819	2,157	2,512
Nacidos muertos (Óbitos):	11	24	28
Número de gemelares:	6	23	11
Número partos vaginales:	734	1,030	1,100
Número partos por cesáreas:	1,090	1,128	1,429
Número recién nacidos prematuros	181	166	208
Número recién nacidos bajo peso	217	287	288
Número de Ingresos en UCIN	362	240	249
Número de RN ingresados referidos de otro centro	0	0	0
Número de muertes maternas	5	7	6
Numero de muertes neonatales	25	18	27
Número de muertes de RN ingresados referidos de otro centro	0	0	0

Evidencias: memoria Anual, Reportes 67-A, 72-A, tablero de mando.

2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).

Nuestra meta proyectada para este año es: consultas 158.360, emergencias 84.441, servicios diagnósticos. Disminución de la tasa de morbilidad de Dengue, cólera, ZIKAVIRUS. La ventanilla única en la cual nuestros usuarios pueden realizar todos los trámites necesarios para recibir nuestros servicios con la cual disminuye el tiempo de espera. La visita domiciliaria ha hecho que nuestros ciudadanos con las diferentes discapacidades pueden recibir las atenciones y medicamentos necesarios. Transparencia financiera con la implementación de todas las compras a través del portal transaccional.

Productos Terminales	Unidad de Medida	Meta Lograda Año 2019	Meta Proyectada a Lograr Año 2020	Meta Proyectada Año 2021
<b>Servicio de Consulta Externa</b>	Consultas	<b>141.167</b>	<b>124.315</b>	<b>158.360</b>
Primera Vez		24.005	33.028	45443
Subsecuente		73.800	91.287	112918
<b>Servicio de Emergencia</b>	Consultas	<b>64332</b>	<b>73.704</b>	<b>84.441</b>
Emergencias		64.332	73.704	84441
<b>Servicio Hospitalización</b>	Egresos	<b>9113</b>	<b>9.833</b>	<b>15.103</b>
Servicio de Ginecología		2.184	2.597	3088
Servicio de Cirugía		1.452	1.932	2571
Servicio de Obstetricia		2.184	2.712	3368
Servicio de Pediatría		1.140	1.417	1761
Servicio de Cardiología		19		0
Servicio de Gastroenterología		5	10	20
Servicio de Endocrinología		0		0
Servicio de Medicina Interna		1.764		0
Servicio de Ortopedia		149	250	419
Otros:		216	915	3876
<b>Servicios de Apoyo Diagnóstico</b>		<b>164616</b>	<b>128.537</b>	<b>100.423</b>
Análisis de Laboratorio	Pruebas	136.476	107.723	85028
Servicio de Imágenes	Imágenes	28.140	20.814	15395
Servicio de Histopatología	Muestras		0	0

Evidencias: formularios 67A y 72A, compras a través del portal transaccional, visitas domiciliarias

3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.

Los resultados del análisis comparativo de la meta proyectada con la meta lograda, a raíz de la pandemia Covid-19, y regularizarse las consultas, las metas no fueron lograda, pero comparando el año 2020 estas fueron superadas.

<b>Total de Consultas</b>	<b>15.804</b>	<b>37.100</b>	<b>52.904</b>
<b>EMERGENCIAS</b>	----->		<b>55.734</b>
<b>TOTAL DE SERVICIOS EXTERNO</b>			
<b>(CONSULTAS + EMERGENCIAS)</b>	<b>=</b>		<b>108.638</b>

2021

<b>Total de Consultas</b>	<b>28.731</b>	<b>81.749</b>	<b>110.480</b>
<b>EMERGENCIAS</b>	----->		<b>64.060</b>
<b>TOTAL DE SERVICIOS EXTERNO</b>			
<b>(CONSULTAS + EMERGENCIAS)</b>	<b>=</b>		<b>174.540</b>

En el análisis comparativo entre el año 2020 y 2021.

A nivel de la consulta con relación al año 2020 y 2021, tuvimos un incremento de un 67%, ya que todas las consultas fueron reanudadas..

En el área de emergencias también reflejo un incremento de 53% con relación al año anterior.

En el servicio de hospitalización también se reflejó un incremento de 54.5% con relación al año anterior.

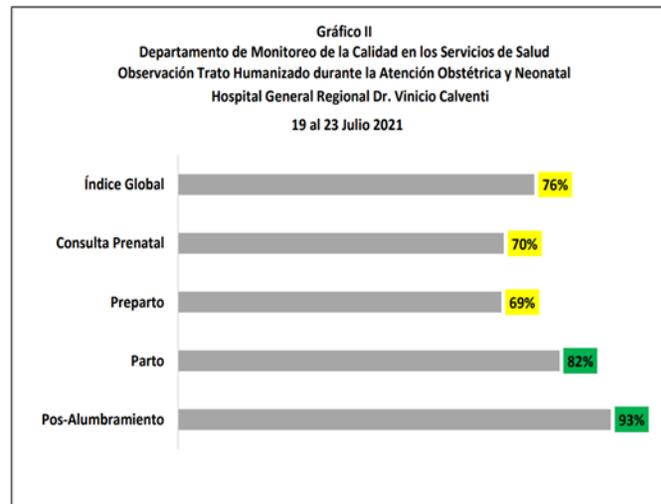
AREA	2020	2021	CRECIMIENTO 2021
Consulta	52,904	110,480	67.6%
Emergencias	55,734	64,060	53.4%
Hospitalizaciones	7,350	8,829	54.5%

Con relación al servicios de Cirugía General y Partos.

Hubo un incremento de 57,2% y 53.9%

AREA	2020	2021	CRECIMIENTO 2021
Cirugía general	1,182	1,583	57.2%
Partos	2,161	2,529	53.9%

	Evidencias: POA 2020, 2021, 67A 2020, 2021	
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	<p>Como grado de cumplimiento de los contratos/ acuerdos entre las autoridades y la organización, el centro posee contratos vigentes con 18 aseguradoras, de las 18 aseguradoras del mercado dominicano para un 100% de grado de cumplimiento (ARS), lo que hace cada día más exigente el mantener los estándares de calidad de la atención y convenios con diferentes entidades como son UASD, UTESA, INTEC, Hospital Central Fuerzas Armadas, Hospital Militar Ramón de Lara, Hospital Luis Edwardo Aybar.</p> <p>En conclusión el Hospital posee un grado de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización de un 90% a nivel general.</p> <p>Evidencias: contratos ARS, informe del departamento de enseñanzas.</p>	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	<p>Como resultado de las inspecciones y auditorías realizadas por nuestros órganos regentes, el centro ha renovado en cuatro ocasiones la licencia provisional (habilitación) en el 2020-2021 para brindar servicios de salud dentro del territorio nacional otorgada por el ViceMinisterio de la Garantía de la Calidad (VMGC), que es regido por el Ministerio de Salud Pública (MSP).</p> <p>También, el Servicio nacional de Salud a través del Departamento de Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud, en la semana del 05 al 09 de Julio 2021, realizó un monitoreo de las prácticas clínicas en los servicios materno neonatal. En dicho monitoreo obtuvimos un nivel de cumplimiento de un 76%.</p>	



Evidencias: Informe Julio 2021 de los servicios. Certificados de habilitación

6. Resultados de la innovación en servicios/productos.

La innovación de nuevos servicios incluyo la creación los siguiente:

- Área de Facturación 2021.
- Apertura del segundo nivel del área de internamiento 2021.
- Unidad de Nutrición 2021.
- Triaje respiratorio 2021.
- Apertura Unidad de Gastroenterología.
- Apertura de la nueva emergencia y trauma shock enero 2022.
- Apertura unidad de Hemodiálisis febrero 2022.
- Departamento de Protocolo mayo 2022.
- Reingenieria departamento de Atención al Usuario.
- Carnetizacion de los empleados.
- Habilitación de máquina de oxígeno.
- Climatización de los consultorios.
- Iluminación del centro de salud.
- Climatización Unidad UCI.
- Instalación Sistema de Cámaras de Seguridad.
- Instalación de los buzones de quejas y sugerencias en las diferentes áreas del centro.

	<p>Instalación de Pantallas para Promoción de Salud, Lactancia Materna, Cuidado de la Madre y RN, Cartera de Servicios e Innovaciones.</p> <p>Implementación entrega de la Cedula del Recién Nacido.</p> <p>Implementación del Sistema SIGMA para la automatización de todas las áreas de centro. Primera etapa facturación, atención al usuario y caja.</p> <p>Sistema Osmosis modernizado.</p> <p>Reparación y funcionamiento de nuestra Ambulancia.</p> <p>Reajuste Salarial al personal nombrado primera etapa.</p> <p>Adquisición de 2 Bombas de agua para las cisternas.</p> <p>Innovación Tecnológica Pintura Antibacterial primer y tercer nivel de nuestro centro para contribuir con la seguridad hospitalaria.</p> <p>Evidencias: fotos de las áreas</p>	
<p>7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.</p>	<p>Cumplimos con el marco legal y normativo de las instituciones que rigen el Sistema Nacional de Salud. Nuestros empleados están protegidos por las Leyes 42-01 General de Página 238 de 249 de Salud, Ley 87-01 de Seguridad Social y Ley 41-08 de Función Pública, entre otras.</p> <p>Evidencias: Leyes y documentos de reforma sector salud.</p>	
<p>8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.</p>	<p>La institución cuenta con colaboradores voluntarios como los son:</p> <p>El cuerpo de bomberos nos ayuda en la limpieza de las cisternas y áreas verdes.</p> <p>Escuelas públicas realizando las 60 horas de labor social.</p> <p>Estudiantes de enfermería.</p> <p>Rotantes de medicina y subespecialidades de la UASD, Hospital de las Fuerzas Armadas, Hospital Ramón de Lara, INTEC, todos estos en número variable de acuerdo al número disponible para rotar por ciclo.</p> <p>El ayuntamiento quien recoge los residuos sólidos comunes.</p> <p>Evidencias: fotos de limpieza, fotos de rotantes, e informe del departamento de enseñanzas.</p>	

--	--	--

**SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.</p>	<p>Nuestro centro mantiene una gestión de recursos humanos con un personal de 919 colaboradores de nómina interna y 303 de nómina del SNS. El personal médico y administrativos y en la gestión del conocimiento a través de la gerencia de capacitación se realizan actividades en pro del colaborador y la institución con cursos, talleres, diplomados y conferencias, dirigidos a elevar el buen desempeño profesional del colaborador y la atención en salud. En cuanto a la eficiencia de gestión clínica el centro ha mantenido en 4.24 días el promedio de estadía durante el 2020-2021, manteniendo este indicador por debajo de la meta (que es 5 días), lo que resume el aprovechamiento de las camas y la agilidad de los servicios prestados en el hospital. En cuanto al uso de los consultorios médicos, los resultados obtenidos en el indicador de rendimiento de consultas externas reflejan un Uso óptimo presentados dentro del rango promedio en base a la meta, que es de un 100%. Nuestra infraestructura consta con 9 quirófanos y solo tenemos cinco en funcionamiento para un hospital general donde realizamos todo tipo de cirugía, a nivel de internamiento en la actualidad solo manejamos 136 camas ya que teníamos dos niveles intervenidos de sala de internamiento y los quirofanos de la segunda planta. Evidencias: nominas, fotos de las áreas, tablero de mando.</p>	
<p>2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.</p>	<p>Se redujo el tiempo de facturación de pacientes egresados de cuatro horas a dos horas.</p>	

	<p>El protocolo de entrada a quirófanos, UCI y dirección con llaves electrónica, mejoro la calidad de los servicios que brindan esas áreas con respecto a aglomeraciones y en quirófano disminución de las IAAS.</p> <p>Mejoramos el proceso de las prácticas clínicas en parto el cual de 67% aumentó a un 76% en el cumplimiento de las actividades normadas.</p> <p>La resolución de la lista de espera por procedimientos quirúrgicos de 97,8% a 100%.</p> <p>Disminución de las defunciones maternas de 6 a 3.</p> <p>Atenciones de 20-40 pacientes en la unidad de hemodiálisis.</p> <p>A nivel de la consulta con relación al año 2020 y 2021, tuvimos un incremento de un 67%, ya que todas las consultas fueron reanudadas..</p> <p>En el área de emergencias también reflejo un incremento de 53% con relación al año anterior.</p> <p>En el servicio de hospitalización también se reflejó un incremento de 54.5% con relación al año anterior.</p> <p>Con relación al servicios de Cirugía General y Partos. Hubo un incremento de 57,2% y 53.9%.</p> <p>Evidencias: 67A, tablero de mando, informe del viceministerio de la calidad de los servicios de salud.</p>	
<p>3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).</p>	<p>En cuanto al benchmarking, en 2021 visitamos al Hospital Dr. Reynaldo Almanzar observando sus buenas prácticas de la gestión de calidad de su hospital.</p> <p>Los puntos manejados fueron el liderazgo, el cual nos permitió entender la importancia de este, por lo realizamos talleres de empoderamiento y trabajo en equipo, lo que ha motivado al personal estar más integrado en la tareas del centro.</p> <p>Otro punto tratado fue la presentación de la metodología CAF y como esto le ha permitido ganar premios a la calidad y mejorar la calidad de sus áreas de trabajo y empoderamiento del personal. Esto nos</p>	

	<p>llevo a realizar un mejor autodiagnóstico CAF y su implementación en nuestro centro.</p> <p>A nivel de atención al Usuario observamos la organización, el número de personas que lo integran, lo que nos llevó a la reingeniería de nuestro unidad de atención al usuario.</p> <p>También recibimos cuatro delegaciones del SNS quienes fueron a conocer los avances del Sistema de gestión documental del centro, bioseguridad, odontología, materno infantil. Esto nos llevó a reformular los planes de mejora de acuerdo a los indicadores establecidos por cada área, en el cumplimiento de las metas exigidas por el SNS y las metas internas de nuestro centro.</p> <p>Evidencias: informes de Benchmarking, análisis.</p>	
<p>4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).</p>	<p>Como grado de cumplimiento de los contratos/ acuerdos entre las autoridades y la organización, el centro posee contratos vigentes con 18 aseguradoras, de las 18 aseguradoras del mercado dominicano para un 100% de grado de cumplimiento (ARS), lo que hace cada día más exigente el mantener los estándares de calidad de la atención y convenios con diferentes entidades como son UASD, UTESA, INTEC, Hospital Central Fuerzas Armadas, Hospital Militar Ramón de Lara, Hospital Luis Eduardo Aybar.</p> <p>En conclusión el Hospital posee un grado de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización de un 90% a nivel general.</p> <p>Evidencias: contratos ARS, informe del departamento de enseñanzas.</p>	

<p>5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)</p>	<p>Con la implementación del Sistema SIGMA para la automatización de todas las áreas de centro. Primera etapa facturación, atención al usuario y caja. Logramos reducir el tiempo de 4 horas a 2 horas los egresos.</p> <p>La adquisición de computadoras y establecidas en todas las áreas del centro ha agilizado el manejo de lo records, la comunicación interna es inmediata, los comunicados por medio de E-mails, chats internos y externos.</p> <p>Contar con el departamento de comunicaciones nos ha agilizado una cobertura más amplia para notificar las informaciones.</p> <p>Nuestro portal de transparencia, OAI, el portal transaccional, que permite ver el manejo de compras y contrataciones.</p> <p>Nuestras redes sociales nos permiten comunicación fluida con los usuarios.</p> <p>Portal Institucional: www.hospitalcalventi.gob.do</p> <p>Portal de transparencia: <a href="https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia/">https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia/</a></p> <p>Correo electrónico: info@hospitalcalventi.gob.do</p> <p>Horario de atención: 8.00 am - 4.00 pm</p> <p>Centro de Recepción: (809) 616-3964</p> <p>Oficina de Acceso a la Información Pública: (809) 616-3964 ext.: 2272 Correo electrónico: transparencia@hospitalcalventi.gob.do</p> <p>Redes Sociales: @hcalventird.</p> <p>Todo esto ha reducido el costo a nivel de papelería y otros insumos de oficina. Y a la vez agiliza los procesos.</p> <p>Contamos con Sistema de Agua Osmosis, que nos permite una agua de calidad para todo el centro y esto contribuye a evitar las IAAS.</p> <p>Instalación de Pantallas para Promoción de Salud, Lactancia Materna, Cuidado de la Madre y RN,</p>	
---	--	--

	<p>Cartera de Servicios e Innovaciones, esto contribuye a mantener a nuestros clientes bien informados y disminuye el tiempo de búsqueda de información de los usuarios de unos 10-15 minutos.</p> <p>Instalación Sistema de Cámaras de Seguridad que nos permite mantener el clima de seguridad de nuestro personal y de los usuarios.</p> <p>Evidencias: fotos de redes sociales, fotos de chats internos y externos, Fotos del área de facturación del sistema. Fotos del cuarto del sistema osmosis, fotos de las cámaras de seguridad.</p>	
6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	<p>Las auditorías realizadas al hospital en el periodo comprendido 1ro de Enero de 2013 y el 31 de Diciembre de 2015 a nivel administrativo, en el 2019 nos intervino el SNS, donde se hicieron varios planes de mejoras. Luego recibimos auditorias de calidad 2018, 2019 y 2020. Esta gestión está enmarcada en los planes de mejoras para poder tener resultados de impacto para nuestra próxima auditoria. Evidencia: plan de mejora.</p> <p>El Servicio Nacional de Salud a través del Departamento de Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud, en la semana del 05 al 09 de Julio 2021, realizó un monitoreo de las prácticas clínicas en los servicios materno neonatal. En dicho monitoreo obtuvimos un nivel de cumplimiento de un 76%. Mejoramos el proceso de las prácticas clínicas de 67% aumentó a un 76% en el cumplimiento de las actividades normadas.</p> <p>Evidencias: informes de auditorías, minutas y fotos de socialización de las auditorias.</p>	
7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.	<p>No hemos participado en premios de calidad desde el 2019.</p> <p>Hemos sido premiados por el COIN, USAID, Gerencia de Área por los reportes oportunos y otras entidades. Recibimos medalla de plata en 2019 por las prácticas inclusivas que realizamos.</p>	

	<p>Recibimos reconocimiento por el SRSM, por llevar las buenas practicas del comité de desechos sólidos y prevención de IAAS en el 2022.</p> <p>Evidencias: fotos de certificaciones.</p>	
<p>8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.</p>	<p>El cumplimiento de los objetivos presupuestarios y financieros se evidencia a través del cumplimiento de la planificación del POA, en consecuencia con el porcentaje de ejecución de cada una de las actividades. Se envían los informes de ejecución al SRSM y a la Dirección General de Presupuesto.</p> <p>Nuestra programación física en el 2021 fue 584.221 y la programación financiera de 540.605.409.00</p> <p>De las cuales se cumplieron en programación física 522.421 y financiera de 567.675,645.90. Porcentaje de cumplimiento de meta física fue de 89% y meta financiera de 103%.</p> <p>Evidencia: Consolidado POA/ programación POA metas y consulta, informe ejecución presupuestaria.</p>	
<p>9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.</p>	<p>Hemos venido disminuyendo los costos de comida, medicamentos, compra de oxígeno, papelería,</p> <p>Evidencia: informe de contabilidad y financiero de costos 2018-2019-2020,2021.</p>	

**NOTA:** Estos son ejemplos que aparecen en el “Modelo CAF”, son puntos de referencia en el proceso de autoevaluación. Las organizaciones pueden tener otras formas de desplegar los criterios, incluyendo las propias, que pueden ser consideradas como parte de su autoevaluación, siempre que puedan sustentar sus puntos fuertes con las evidencias correspondientes.