

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO DR. NEY ARIAS LORA

FECHA:

JUNIO 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>Los líderes (Directivos y supervisores): 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.</p>	<p>Tenemos definida nuestra misión, visión y valores. Estos valores fueron revisados y actualizados el 08 de marzo 2019. Se revisan cada 5 años, en una actividad donde participa todo el equipo directivo del hospital e invitados de interés para la organización. La próxima revisión será en el 2024.</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>Tenemos definidos los valores, alineados con nuestra misión y tomando en cuenta los valores del sector público en sentido general y el Sistema Nacional de Salud, en aspectos como humanización, innovación, equidad. Estos valores se evidencian en cada una de las áreas de prestación de servicios en posters, manual de inducción, plan estratégico entre otros documentos.</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>Si, pues en nuestra misión, visión y valores se refleja el cumplimiento con los procesos de reforma, y con las estrategias nacionales de desarrollo para el sector salud, así como la innovación de la tecnología.</p> <p>MISIÓN: “Ofrecer servicios de salud especializados en traumatología, cirugía y rehabilitación, con gran sentido de humanización, equidad y solidaridad;</p>	

garantizando una atención de calidad, seguridad de los usuarios y el uso racional de los recursos, con profesionales capaces y altamente comprometidos en el control y reducción de la mortalidad y la discapacidad.”

VISIÓN:

“Ser la institución de salud líder en traumatología, cirugía y rehabilitación, de referencia nacional e internacional, con recursos humanos comprometidos con la atención integral, la eficiencia, la innovación tecnológica, la docencia y la investigación.

VALORES:

Humanización: Entregando servicios con excelencia científica y técnica, con personal altamente capacitado, garantizando servicios justos y óptimos, siempre con el usuario como eje fundamental de todo nuestro trabajo.

Compromiso: Implementando nuevas prácticas en la prestación de servicios como forma de garantizar que nuestros usuarios reciban las mejores atenciones con eficacia y satisfacción social.

Pasión: Haciendo el máximo esfuerzo día a día para alcanzar nuestra visión y cumplir con nuestra misión.

Calidad: Utilizando la mejor tecnología, para garantizar la mejor atención con los recursos disponibles.

Equidad: Garantizando el acceso a los servicios de salud de forma integral y oportuna según las necesidades y las posibilidades de cada persona.

Innovación: Utilizamos la tecnología para brindar mejores atenciones, obtener diagnósticos objetivos y oportunos, aplicar tratamientos eficaces, mejorar la comunicación con nuestros usuarios, informar, capacitar, investigar.

Ética: Tratando a las personas con honestidad y respeto a las leyes, a los derechos de los usuarios y del personal de salud, garantizando siempre la confidencialidad, dentro de los límites de la ley.

Seguridad: Implementando nuevas estrategias y utilizando los más modernos conocimientos científicos y tecnológicos para evitar que daños, discapacidades y muertes durante la atención y tratamiento.

Eficiencia: Optimizando todos los recursos

	disponibles, para garantizar las mejores atenciones y la satisfacción de nuestros usuarios.	
<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>La comunicación sobre nuestros fundamentos a los empleados, usuarios y grupos de interés, se realiza utilizando las siguientes estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Carteles distribuidos por todas las áreas destacando nuestra misión, visión y fundamentos, así como derechos y deberes de los usuarios. b) Al personal de nuevo ingreso a la institución se le informan nuestros fundamentos, misión, visión y se les entrega el Manual de Inducción donde están expresados estos conceptos. c) En los brochures disponibles en las áreas de atención. d) En cada una de las actividades de presentación del hospital. e) Documento Carta Compromiso al Ciudadano. f) Página web del hospital g) Redes sociales (Facebook, instagram) h) Portal de transparencia i) Entre otras. 	
<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>Como institución hemos establecido que la misión, visión y valores serán revisados cada cinco (05) años. Los actuales fueron revisados y actualizados el 08 de marzo 2019, durante una actividad realizada con la presencia de autoridades, gerentes y representantes de grupos de interés.</p> <p>Cuando realizamos el análisis FODA, como parte del ejercicio de planificación lo hacemos en función de estos siete (07) objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos. 2. Lograr y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios. 3. Definir y ejecutar las actividades gerenciales en base análisis de las informaciones y la planificación. 4. Lograr un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad. 	

	<p>5. Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes.</p> <p>6. Formalizar y mantener una fuerte relación con la comunidad.</p> <p>7. Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital.</p> <p>En el interés de ir adaptando el hospital a los cambios que se producen en el entorno y estar preparados para el impacto que estos cambios puedan producir en el sector salud, especialmente en el HTNAL.</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>Conocedores de los retos que día a día tenemos con relación a usuarios internos y externos y grupos de interés, en la medida que nuestros recursos económicos nos lo permiten estamos inmersos en un proceso paulatino de transformación digital constante. Como resultado de esto hemos</p> <p>Identificado diferentes formas de garantizar la satisfacción de pacientes y familiares, por lo que hemos ampliado los canales de comunicación con los pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Call center 12 horas al día • Teléfonos dedicados en el área de admisión • Cita vía WhatsApp <p>Estamos trabajando para poner WIFI libre en todas las áreas, para que aunque el paciente este ingresado en las áreas de hospitalización, se mantenga en contacto con sus relacionados, trabajo, escuela/universidad entre otros. Así como en las diferentes áreas de espera.</p> <p>Para nosotros el paciente es “el centro del universo hospitalario” por lo que en el HTNAL la transformación digital se realiza con una visión integral de la persona y sus necesidades, de ahí que entre otras tecnologías citamos:</p>	

	<p>Quirófano inteligente: Este quirófano permite la comunicación entre la sala de cirugía y el salón de video conferencia.</p> <p>Acceso remoto a imágenes médicas (RIS/PACS).</p> <p>Salón de video conferencias con capacidad para la interconexión con otros hospitales.</p> <p>Sistema de turno digital</p> <p>Señalización de áreas en formatos estándar y digital.</p> <p>Sistema de admisión y facturación digital.</p> <p>Ampliación de la infraestructura de servidores.</p> <p>Incorporación de servicios de resonancia magnética.</p> <p>Nuevos equipos digitales de sonografía, EKG.</p> <p>Capacitaciones al personal existente y de nuevo ingreso en el uso de las computadoras y aplicaciones para su trabajo.</p> <p>Protocolos para la protección de datos.</p>	
<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>Contamos con un comité de ética pública, que cumple todo lo establecido por la Dirección de Ética e Integridad Gubernamental, escogido por votación popular entre los colaboradores.</p> <p>Contamos un código de ética institucional aprobado por la Dirección de Ética e Integridad Gubernamental y el Ministerio de Administración Pública.</p> <p>Gerencia de Control de Procesos y Registros, responsable de planificar, verificar y auditar las operaciones contables y la evaluación de la eficacia de controles, consumos, registros datos e información, procesos, protocolos de procedimientos, mediante la coordinación de investigaciones y análisis, conforme a un plan previamente elaborado.</p> <p>Unidad permanente de la Contraloría General de la República.</p> <p>Como institución de servicios de salud contamos también con un Comité de Bioética, con el objetivo</p>	

de garantizar la protección y derechos de las personas, evaluando los riesgos/beneficios de los procedimientos a realizar como parte del proceso curativo.

En nuestro manual de inducción, se especifica dentro de las disposiciones generales lo siguiente:

- ✓ Ante cualquier insinuación por parte de los usuarios de violación a las normas de actuación del hospital, (comer o beber fuera de las áreas establecidas, insinuaciones o invitaciones a tener alguna relación sentimental o sexual, cometer fraude, realizar acciones que violen las normas de urbanidad y buenas costumbres, uso de drogas en las instalaciones del hospital, entre otras) deberá inmediatamente informar de manera amable (pero firme) al usuario (a), que su solicitud o acción viola las normas establecidas en la institución por lo cual no lo puede complacer y que éste no debe realizar dicha acción en las instalaciones del hospital.

Tenemos claramente identificadas las áreas identificadas como potencialmente conflictivas y son las siguientes:

Áreas de consultas (admisión y pago)

Áreas de facturación

Área de emergencia (admisión y pago), por lo que en estas áreas contamos permanentemente con auxiliares de atención al usuario, para asistir inmediatamente cualquier dificultad presentada.

En cuanto a las compras somos de las primeras instituciones en recibir capacitación en la Ley de Compras y Contrataciones, por lo que el Comité de Compras se reúne y se emite un acta de cada uno de los procesos.

Todas nuestras compras se publican a través del Portal de compras y se realizan a través del Portal Transaccional.

En el trimestre marzo-junio 2022 la puntuación del SISCOMPRAS fue de 90.53

	Hemos sido pioneros en la implementación de las Normas Básicas de Control Interno (NOBACI), ya que dentro de la planificación estratégica.	
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).	Se fomenta un ambiente de confianza y respeto a todos los niveles, con líneas de mando claras, supervisión efectiva en todas las áreas de trabajo, reconocimiento a empleados destacados, monitoreo al cumplimiento de metas y fundamentos del hospital.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	<p>Contamos con un organigrama institucional y Manual de Organización y Funciones (Resolución No. 12-22) acorde a lo establecido en la Ley No. 123-15.</p> <p>De igual manera, contamos con un Manual de Procesos actualizado que tiene definidos los niveles, funciones, responsabilidades y competencia para el desarrollo de cada una de las actividades que componen cada proceso, el lugar donde se realiza, la secuencia de la actividad.</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>En los hospitales organizados con el modelo de Hospital del Futuro, se ha incorporado el concepto de Unidades Estratégicas de Producción de Servicios de Salud UEPSS, con el objetivo de facilitar la formulación y gestión presupuestaria, la medición de resultados sobre productividad y desempeño, la planificación y asignación de recursos entre gerencias y servicios, contribuyendo a garantizar la eficiencia y descentralización de las operaciones, a través del Sistema Informático Gerencial (SIG) permitiendo la correcta toma de decisiones en la organización.</p> <p>Estas UEPSS son organizadas en bloques de servicios afines, para su conformación como UEPSS cumplirían con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad de ofertar servicios con calidad y eficiencia atendiendo las necesidades de 	

	<p>salud y demanda de la población.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad para generar recursos y lograr su autosuficiencia financiera. ✓ La relación que existe en los servicios afines al manejo de patologías comunes (Disease management) asegurando una atención integral y el continuo de estas. ✓ Capacidad de competir en el mercado público y privado de estos servicios <p>De ahí que en el Plan Operativo están definidas las metas correspondientes a cada Unidad de Producción de Servicios de Salud (UEPSS). El monitoreo al cumplimiento de metas se realiza cada 4 meses, con la participación de todo el equipo directivo del hospital y las diferentes áreas.</p>	
<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>Actualmente estamos en proceso de elaboración de nuestra cartera de servicios en lenguaje Braille, de manera que cuando los no videntes visiten el hospital, tengan la experiencia de conocerlos a través de la escritura.</p> <p>De igual manera, estamos en proceso de elaboración de un video en lenguaje de señas para personas sordas.</p> <p>Estas actividades son realizadas en coordinación con la Escuela Nacional de Ciegos y el Instituto de Ayuda al Sordo.</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 de la institución está diseñado de forma tal que permite la captura inmediata de datos en función de cada uno de los procesos que se realizan.</p> <p>Como herramienta gerencial contamos con cuadros de mando que permiten visualizar el comportamiento de las principales variables utilizadas para la toma de decisiones en instituciones de salud.</p> <p>Contamos con auditores de la Contraloría General quienes de manera permanente emiten sus recomendaciones.</p>	<p>El softwares clínico, no facilita la gestión y auditoria, de acuerdo a nuestros procesos. Algunas áreas no están integradas</p>

	<p>En el Plan Estratégico/POA los objetivos y metas están formulados. En este documento se encontrará la tabla denominada “Capacidad Productiva Estimada de las Unidades Estratégicas de Producción de Servicios” en la cual está definida las metas de producción para cada período. Así como las metas esperadas y la medición que se realiza cada cuatrimestre.</p> <p>Este cuadro de mando incorpora indicadores de producción, eficiencia, calidad y satisfacción de los usuarios, los cuales son evaluados periódicamente, así como las evaluaciones de desempeño.</p> <p>Para la planificación utilizamos las matrices establecidas en las NOBACI.</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>En nuestra institución desde su concepción se definió un modelo de organización y gestión enfocado en el concepto del “Hospital del Futuro” que utiliza el modelo de calidad de Malcom Baldrige por el enfoque integrado para la gestión del desempeño que brinda, así como por las herramientas que proporciona para el desarrollo del aprendizaje, las capacidades y la sostenibilidad de la organización.</p> <p>Anualmente nos evaluamos utilizando el modelo CAF (Common Assessment Framework) en el interés de identificar las áreas en las que debemos mejorar. Con el CAF nos hemos evaluado en varias oportunidades, siendo merecedores de una medalla de plata en nuestra primera evaluación y dos medallas de oro consecutivas (año 2012 y 2013) y una medalla de bronce.</p> <p>En el 2021, fuimos galardonados con el “Primer Lugar” en el Ranking Nacional de Hospitales.</p> <p>Somos pioneros en la implementación de las NOBACI.</p> <p>En el modelo de gestión del HTNAL está sustentado en la estandarización, organización, en el monitoreo y evaluación del cumplimiento de las disposiciones establecidas, valoración y análisis de los resultados, no sólo en términos de costo o eficacia de los</p>	

procedimientos, sino en lo relativo a la mejoría y/o impacto en la prevención y cuidados de la salud y satisfacción de los usuarios, por lo que los aspectos relacionados con calidad son responsabilidad de cada persona que trabaja en el hospital y esta tiene el compromiso ineludible de cumplir con los estándares definidos para la prestación de servicios en cada una de las áreas.

En cuanto a los principios de GCT:

1.- Atención a la satisfacción del cliente

En nuestro Hospital del usuario “centro del universo hospitalario”

2.- Liderazgo y compromiso de la dirección con la calidad

Todas las actividades relacionadas con calidad de la atención son apoyadas y supervisadas por el Director General y en estas participan los representantes de las diferentes unidades productivas y el equipo directivo del hospital.

3.- Participación y compromiso de los miembros de la organización

Contamos con un Comité Ejecutivo con participación comunitaria, el cual se reúne periódicamente y de acuerdo a los temas a tratar, se invita a miembros del equipo o se realiza el denominado “Consejo Ampliado”

4.- Cambio cultural

Como hospital del sector público, hemos implementado una cultura de trabajo orientada a la satisfacción de las personas y hemos roto con el esquema tradicional de que el paciente debe amanecer a las puertas del hospital a la espera de que se le entregue un tickets.

5.- Cooperación en el ámbito interno de la empresa

Por las características del trabajo en salud, se fomenta entre el personal la cooperación de los diferentes equipos de trabajo, de manera que se realizan reuniones de trabajo entre las áreas administrativas y las áreas clínico quirúrgicas.

6.- Trabajo en equipo

En las instituciones hospitalarias, el trabajo en equipo es una constante en las áreas clínico – quirúrgicas donde se toman decisiones conjuntas.

7.- Cooperación con clientes y proveedores

Con la ayuda del portal transaccional, esta cooperación es mejor cada en día, en cuanto a costos, calidad, entrega, y logística, ya que se nos permite reportar aquellos proveedores que luego de resultar ganadores no cumplen con lo establecido y no solo son excluidos para nuestro hospital, sino para las demás instituciones.

8.- Formación

Previo a la realización del POA, realizamos un levantamiento de las necesidades de capacitación de cada una de las diferentes unidades, en el interés de elaborar un Plan de Capacitaciones que responda a sus necesidades.

Tenemos perfiles definidos para cada uno de los cargos.

9.- Administración basada en hechos, y apoyada en indicadores y sistemas de evaluación

Tenemos establecidos indicadores para el seguimiento de las actividades y procesos, tanto clínico-quirúrgicos como financieros y de recursos humanos.

De igual manera, en función de nuestro presupuesto de ingreso, tenemos indicadores para monitorear el cumplimiento general del mismo.

10.- Diseño y conformidad de procesos y productos

Todos nuestros procesos, están diseñados tomando en consideración estándares previamente establecidos, por lo que estos nos permite identificar rápidamente cuellos de botella y tomar las medidas

	<p>correctivas de lugar.</p> <p>11.- Gestión de procesos Los procesos diseñados en el Ney están orientados a la eficiencia y atención continua desde que el paciente ingresa, hasta que sale del hospital, por lo que se presentan por áreas de servicio.</p> <p>12.- Mejora continua de los conocimientos, procesos, productos y servicios Continuamente a través del Departamento de Monitoreo, el Comité de Calidad, el Consejo de Administración y el apoyo de instituciones externas como el SNS, MAP, OPTIC, DIGEI, Compras y Contrataciones, Contraloría General de la Republica, entre otras, mantenemos actualizados los aspectos relacionados con conocimientos, procesos directos e indirectos, y servicios.</p>	
<p>6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p>	<p>Si, desde hace un tiempo somos parte de las siguiente estrategias de administración electronica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SISMAP/SALUD. • Portal de Transparencia. • SIGEF • SISCOMPRAS • Expediente clínico electrónico • SIAP (Sistema de Administración de Bienes). 	
<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>El documento Plan Estratégico cuenta con una sección denominada Estrategias para el Desarrollo de las Unidades Estratégicas estructurado de manera tal que permite a cada una de las gerencias presentar cuáles son esos proyectos o iniciativas o nuevas unidades, así como las estrategias de mercado que se proponen desarrollar y las estrategias de calidad a implementar.</p> <p>Esta seccion esta compuesta de la manera siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Proyectos de Incorporacion de Nuevas Unidades o Incremento de la Cartera de Servicios. 2- Estrategias de Merdado y Competitivas. 3- Estrategias Desarrollo de la Calidad de los Servicios. 4- Requerimientos para el Desarrollo 	

	<ul style="list-style-type: none"> a. Recursos Humanos b. Capacitación y Educación Continua c. Adquisición y/o Reparación de Equipos. d. Rehabilitación y/o Reparación de Infraestructura. <p>El uso de esta matriz de proyectos, nos facilita definir el marco adecuado para la gestión y el trabajo en equipo, (pues cuando los gerentes plantean estas propuestas, ya previamente lo han discutido y elaborado el anteproyecto con sus equipos de trabajo)</p> <p>Para la elaboración del Plan Estratégico y Plan Operativo Anual, solicitamos el acompañamiento de una empresa consultora, que nos apoya en los aspectos técnicos necesarios.</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>Para comunicar utilizamos las siguientes estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cartera de Servicios impresa y proyectada en televisores estratégicamente ubicados. b) Carteles distribuidos por todas las áreas donde se establecen informaciones, restricciones de acceso, horarios de servicios. c) En charlas y conferencias realizadas por Atención al Usuario, Servicio Social, en las diferentes salas de espera. d) Brochures disponibles en las áreas de atención. e) Carta Compromiso al Ciudadano. f) Página web del hospital g) Redes sociales (Facebook, instagram) h) Central telefónica i) Grupos de WhatsApp j) Revista institucional k) Mail (intranet) l) Memorándum m) Comunicaciones al personal. <p>Al momento de esta evaluación, nos encontramos en proceso de imprimir un brochure informativo en Sistema Braille y la edición de un vídeo en lenguaje de señas, de manera que los usuarios con limitaciones visuales ya auditivas tengan acceso a informaciones relacionadas con nuestros servicios.</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>La participación de los empleados en identificación de problemas y la búsqueda de soluciones es una de las características que nos distinguen y podemos ver como se refleja en el resultado de la encuesta de satisfacción de los usuarios internos, donde los colaboradores valoran positivamente la oportunidad de participación .</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementamos el Modelo CAF ➤ Implementación de las NOBACI ➤ Seguimiento al cumplimiento de metas institucionales. ➤ Informe cuatrimestral sobre cumplimiento de metas. ➤ Seguimiento al cumplimiento de POA/SNS. ➤ Seguimiento al cumplimiento mettas SISMAP/SALUD ➤ Conformación de diferentes comités. 	
<p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p>	<p>Una vez finalizada las reuniones colegiadas se definen los responsables para informar y/o capacitar al personal operativo, sobre los nuevos cambios que se van a implementar o la persona responsable de elaborar la comunicación.</p> <p>De igual manera a través de los diferentes medios de comunicación mantenemos informados a nuestros grupos de interés en relación a los cambios en la oferta de servicios, operativos especiales, entre otras.</p> <p>Durante estas reuniones se establece quienes serán los responsables de comunicar los cambios y la vía (escrita, mediante memo, circular).</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>La estructura organizativa de la institución y las líneas de mando establecidas, proporciona las pautas de comportamiento para evitar la corrupción.</p> <p>Nuestros procesos están elaborados de manera que se establece la responsabilidad en cada área de manera que los empleados que no les corresponde ninguna actividad dentro del proceso, es identificado inmediatamente. Ej: En el área de compras, los solicitantes deben remitir las especificaciones técnicas</p>	

sin sugerir marcas o sin hacer contacto con suplidores.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>Los líderes (directivos y supervisores): Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.)</p> <p>1. 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>Para el equipo directivo del HTNAL, es un compromiso dirigir de acuerdo con los objetivos y valores por lo que lo demuestran cuando cumplen con el horario, coordinan, planifican y participan en reuniones, no se ven involucrados en escándalos por mal manejo de los recursos, garantizando siempre la humanización en la entrega de servicios, implementando nuevas prácticas y haciendo el máximo esfuerzo día a día para alcanzar nuestra visión y cumplir con nuestra misión.</p> <p>Se integra a todos los gerentes en las actividades relacionadas con transparencia en la gestión.</p> <p>El Director General, pasa visita conjuntamente con el Subdirector Médico y los responsables de área durante la entrega de guardia, participa en reuniones de trabajo por gerencia, convoca al Consejo de Administración del Hospital, participa de los diferentes comités constituidos, estimula la creación de equipos de trabajo.</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>Las normas de actuación y conducción de cada persona que trabaja en la institución se encuentran definidas y graficadas en las funciones y responsabilidades de cada cargo.</p> <p>En el interés de fortalecer la confianza y el respeto mutuo destacamos que en nuestra institución se encuentran claramente definidos:</p> <p>Las políticas y objetivos estratégicos.</p> <p>El compromiso con la satisfacción de los usuarios</p>	

internos y externos y el respeto a sus derechos y deberes.

Cumplimiento con el marco legal (Ley General de Salud, Ley de Seguridad Social y otras leyes que rigen el sector público).

La planificación es un eje transversal en todas las actividades que realizamos, donde se definen objetivos y se trazan las metas.

Con todas estas líneas de actuación, estamos en capacidad de contrarrestar cualquier intento de discriminación.

La igualdad de oportunidades la podemos evidenciar con las promociones y ascenso de nuestro personal, pues como hospital joven, tenemos colaboradores en la universidad y al terminar su carrera, se busca la forma de que se queden en la institución, brindándoles las facilidades necesarias.

En cuanto al abordaje de las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados, cuando estas se presentan, a través del área de RRHH se identifica de que forma cooperar con esa persona para que pueda superar su situación personal.

Implementamos y damos seguimiento a un plan anual de capacitación para dotar a las personas de las competencias necesarias que nos permitan alcanzar los objetivos.

Entre las normas implementadas para fortalecer el liderazgo de nuestras autoridades y gerentes, se encuentra:

- Comunicación abierta entre los diferentes niveles y grupos de interés.
- Apertura nuevas ideas y propuestas para garantizar la eficiencia en la entrega de los servicios, fruto de las sugerencias formuladas

	<p>por el personal que labora en el área de Consulta Externa fue creada la Unidad de Trámites Pre-Quirúrgicos con el objetivo de facilitar la tramitación necesaria para la realización de procedimientos quirúrgicos que en condiciones normales se realiza en unos 15 días. Con esta unidad se realiza todo en no más de 72 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comité de Emergencias y Desastres con el objetivo de orientar las respuestas en caso de emergencias o desastres, para preservar la vida de los usuarios y/o reducir daños a las personas, infraestructura y equipos. ➤ Política de “Puertas Abiertas” Comenzando por el despacho del director general, todas las autoridades del hospital están accesibles constantemente, para recibir a usuarios internos y externos y satisfacer sus necesidades. ➤ Predicando con el ejemplo: Nuestras autoridades son los primeros que cumplen con las disposiciones establecidas, como forma de garantizar el cumplimiento por parte de todos. 	
<p>3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diariamente se realiza la “Entrega de Guardia”. • Reuniones entre las diferentes gerencias. • Cada lunes se realiza reunión Director y subdirectores. • Reuniones subdirectores con sus equipos de trabajo • Reuniones de los gerentes con sus equipos de trabajo. • Presentación de informes cuatrimestrales. <p>De igual manera, contamos con murales informativos y lista de correos electrónicos, así que la difusión de las informaciones y las decisiones que se toman en el</p>	

	<p>nivel directivo sobre temas claves relacionados con las personas en sus diferentes áreas y puestos de trabajo son comunicadas por diferentes vías que incluyen de manera verbal, por medios escritos y por intranet. Contamos con las denominadas “Acta de Reunión” y Lista de participantes estandarizadas, que recogen las informaciones y asistentes a las reuniones.</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>Si, cada 4 meses se presenta un informe, no solo relacionado con las actividades asistenciales de producción, sino que incluye informaciones relacionadas con el nivel de avance de los planes de mejora del hospital, informe financiero, planes de inversiones, comportamiento de RRHH, planes de capacitación, entre otros aspectos. Este informe se presenta a subdirectores, gerentes, encargados, durante la cual se discuten aspectos importantes del desempeño de las áreas en un ambiente de respeto y armonía. Se realizan las evaluaciones de desempeño individual, utilizando los formularios oficiales. La retroalimentación se realiza previo a la firma del formulario por parte de la persona evaluada.</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>Si, están claramente definidas las líneas de mando, funciones y responsabilidades.</p> <p>Contamos con Manual de Proceso (donde se realiza la actividad, quienes intervienen en ella, quienes son los responsables y la documentación necesaria), por lo que claramente se puede visualizar la delegación de responsabilidades, de manera organizada.</p> <p>Cada Unidad de Producción tiene la responsabilidad de presentar sus memorias anuales que son presentadas al Consejo del Hospital.</p> <p>Mensualmente son remitidos al Servicio Nacional de Salud (SNS), los informes mensuales de producción y financiero (67-.A), consolidado de producción, informe epidemiológico, entre otros.</p>	
<p>6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus</p>	<p>El desarrollo de competencias se promueve mediante las actividades de capacitación que realiza el hospital</p>	

<p>competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente.</p>	<p>en diferentes áreas del conomiento. Al ingreso de nuevo personal se le asigna un par para que conozca su área de trabajo. Cuando se incorpora nueva tecnología, se capacita al personal responsable que trabajará con dicho equipo. Los colaboradores que cursan carreras universitarias y técnicas, se les brindan facilidades para estudios acomodando horarios de trabajo, realizando promociones y ascensos cuando finalizan, entre otras.</p>	
<p>7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.</p>	<p>El esfuerzo de las personas y los equipos se recompensa, mediante la selección y el reconocimiento que se realiza del empleado del mes. De igual manera realizamos la evaluación de desempeño en coordinación con el Ministerio de Administración Pública. Implementamos un programa de incentivos de acuerdo a los resultados de las evaluaciones de desempeño.</p>	<p>Los equipos de trabajo no se reconocen de manera sistemática, en ocasiones se hace alguna mención, pero no reconocimiento como tal.</p>

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<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>Previo a la realización de las actividades de planificación, identificamos los recursos disponibles, tomando en cuenta las informaciones y datos que se producen en la institución y de esta forma los alineamos con la planificación. De igual manera, tomamos en cuenta las expectativas de las autoridades políticas y las estrategias generales del SNS/MAP y otros organismos rectores, (necesidades actuales y futuras de los grupos de interés). Diariamente realizamos una encuesta de satisfacción en la que recogemos las necesidades de los usuarios que acuden al centro y los servicios principales que estos demandan.</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>Mantenemos contacto activo con los legisladores de la zona (senador, diputados) y autoridades provinciales, (síndicos, presidentes de juntas de vecinos), así como la Dirección de Área III de salud y la regional de salud. De igual manera con las autoridades militares de la zona.</p>	
<p>3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p>	<p>Entre las políticas públicas que inciden en las instituciones de salud se encuentran: Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12) Ley General de Salud Ley de Seguridad Social Ley 41-08 de Función Pública Decreto 732-04, que aprueba el reglamento de RRHH del Sistema Nacional de Salud Reglamento de Redes de Servicios de Salud, Reglamento 523-09 de aplicación de la Ley 41-08 Ley de compras y contrataciones 340.-06, reglamento 543-12 de aplicación de la ley de compras entre otras.</p>	
<p>4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.</p>	<p>El hospital está alineado con lo dispuesto en la Constitución de la República en el Artículo No. 61 que garantiza el acceso a salud.</p> <p>Como institución perteneciente a la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud, nuestra entidad rectora es el Ministerio de Salud Pública.</p> <p>De igual manera, el SNS, institución creada mediante la ley 123-15, adscrita al Ministerio de Salud, que entre sus responsabilidades en el Nivel Operativo, tiene la función de provisión de servicios de salud a la población, por lo que las metas y objetivos del hospital se encuentran alineadas con las políticas y prioridades del ministerio tanto desde el nivel central como desde el Servicio Nacional de Salud.</p> <p>Esta alineación con las políticas públicas la cumplimos cuando elaboramos el Plan Estratégico, siendo de las pocas instituciones de salud que desde el inicio de sus operaciones cuentan con este importante documento de gestión, establecido por ley como parte del Plan Nacional de Desarrollo que establece los ejes de políticas públicas a través de los cuales derivan los objetivos nacionales como base para el diseño de</p>	

	<p>programas.</p> <p>La Ley Orgánica de Estrategia Nacional de Desarrollo consigna en el objetivo específico No. 2.2.1 “Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Es así como cada una de las acciones que realizamos van en consonancia con este objetivo, ya que nuestro hospital es modelo de gestión en el nacional e internacional por la calidad con que brindamos servicios.</p> <p>De igual manera políticas públicas relacionadas con Banco de Sangre, Donación de Órganos, Farmacéutica, entre otras son tomadas en cuenta para la operatividad de nuestra institución.</p> <p>También como parte de este alineamiento con las políticas públicas, cada año aplicamos el modelo CAF, tenemos “Carta Compromiso al Ciudadano”, además de que cumplimos con la Ley de Función Pública No. 41-08 entre otras.</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>La participación de los grupos de interés, es un eje transversal en cada una de las actividades que se realizan en el hospital, como institución que brinda servicios a los usuarios, de ahí que hemos establecido diferentes alianzas que incluyen desde organizaciones comunitarias y de base, así como organizaciones no gubernamentales en actividades de promoción, prevención y cuidado a la salud, así como con personas envejecientes.</p> <p>De igual manera, apoyamos el desarrollo de estudiantes de la zona al permitirles realizar pasantías de bachillerato (60 horas reglamentarias), técnicas (informática, enfermería, psicología) entre otras.</p> <p>A través de la Gerencia de Servicio Social, se realizan charlas en los diferentes sectores del área en coordinación con las organizaciones comunitarias, se han realizado jornadas médicas y quirúrgicas, con organizaciones no gubernamentales nacionales y</p>	

extranjeras entre las cuales citamos la Fundación Cruz Jiminián.
Hemos realizado alianzas con diferentes universidades para el desarrollo de programas de educación continua e internado médico.
Poseemos contratos con varias empresas Administradoras de Riegos de Salud (ARS) para la venta de servicios a sus afiliados.

A continuación, presentamos los grupos e interés con quienes hemos establecido alianzas:

- 1- Fundación Cruz Jiminián
- 2- Dirección Nacional de Control de Drogas (DNCD)
- 3- Tricom
- 4- Ministerio de la Presidencia
- 5- Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad
- 6- Fundación Visión Mundial
- 7- Fundación Red de la Dignidad (FUNDARED)
- 8- Fundación Todos Unidos
- 9- Proconsumidor

ACUERDO CON ENTIDADES EDUCATIVAS:

- 1- Universidad Iberoamericana (UNIBE).
- 2- Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC).
- 3- Universidad Eugenio María de Hostos (UNIREMHOS).
- 4- Liceo Técnico Manuel Aurelio Tavares Justo.
- 5- Fundación Dominicana San Valero.
- 6- Liceo Técnico Marcos Evangelista Adón.
- 7- Centro de Estudios Tecnológicos Avanzados (CENATEC).
- 8-Centro Educativo Los Palmares.

	<p>9- Liceo Técnico Profesional Cardenal Sancha Fe y Alegría.</p> <p>10- REAB, EIRL.</p> <p>11- Consejo de Ciudadanos Pro-Santo Domingo Oriental, INC. (COPROSADO).</p> <p>12- Instituto Superior de Especialidades Odontológicas (ISEO).</p> <p>13- Politécnico Emma Balaguer de Vallejo.</p> <p>14- Instituto Superior de Especialidades Odontológicas (ISEO)</p> <p>Entre otras</p>	
<p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p>	<p>Los trabajadores del sector salud pertenecen a los diferentes gremios y sociedades especializadas (Colegio Médico Dominicano, sociedades especializadas, gremios de enfermería, gremios de profesionales del laboratorio, entre otros.</p> <p>El personal del hospital participa de los procesos eleccionarios y actividades de promoción de candidaturas que se realizan en cada uno de los gremios que los representan y se les brindan las facilidades durante el proceso eleccionario para promoción de candidaturas e instalación de urnas y comisiones electorales.</p> <p>Como hospital, hemos sido anfitriones de gremiales y reuniones organizadas por el CMD, asociaciones de enfermeras, CODOBIO, entre otras organizaciones.</p> <p>Matenemos relaciones estratégicas con otros hospitales de trauma en el interés de presentar propuestas de revisión de tarifario ante las ARS's, rotación de residentes, entre otros.</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>Este aspecto se evidencia a través de las redes sociales, portal web, posicionamiento en el SISMAP/Salud, ranking de hospitales del SNS, adherencia a campañas conmemorativas de días especiales de otras instituciones (Día Mundial del Donante de Sangre, Autismo, Cáncer, Ética, Semana</p>	

Santa entre otros).

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
La Organización: 1. 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.	Anualmente se realiza una análisis FODA a partir de cada uno de los objetivos estratégicos. En el documento de Plan Estratégico y Producción y POA, se encuentran las informaciones relacionadas con las variables de aspectos sociales, ecológicos legales y demográficos de la zona de influencia del HTNAL, tomando en cuenta que para instituciones con las características de este hospital, las informaciones relevantes se refieren a indicadores demográficos, mercado de la salud, eficiencia en el desempeño, calidad de la atención y satisfacción de los usuarios.	
2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.	Si, los grupos de interés relevantes están debidamente identificados por área de interés para el hospital. Se realizan grupos focales en el interés de conocer sus necesidades y expectativas y elaborar estrategias para satisfacerlas en la medida de lo posible.	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	Como institución prestadora de servicios nos mantenemos actualizados de las disposiciones emanadas por los organismos rectores (Ministerio de Salud, Sistema de Seguridad Social, MAP, Contraloría, Ética Gubernamental, Compras y Contrataciones entre otros.	
4. Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos	Anualmente como parte de la Planificación Estratégica, se realiza un análisis FODA a partir de cada uno de los objetivos estratégicos. Una vez	

internos. Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.).	identificados los riesgos internos y externa, se realiza una análisis y valoración de cada uno y se realiza un plan para evitar las amenazas y enfrentar las debilidades.	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>±.Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.</p>	<p>Contamos con un Plan Estratégico 2024 y POA 2022, en el cual se establecen los siguientes objetivos:</p> <p>A. Objetivos Estratégicos Generales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos. ✓ Lograr y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios. ✓ Definir y ejecutar las actividades gerenciales en base análisis de las informaciones y la planificación. ✓ Lograr un alto nivel de eficiencia en la producción y rentabilidad. ✓ Realizar un adecuado control y uso de los recursos apegado a las normativas establecidas por los organismos competentes. ✓ Formalizar y mantener una fuerte relación con la comunidad. ✓ Mantener un alto nivel de credibilidad de la población en el hospital. <p>Entre las acciones concretas que realizamos para garantizar el logro de los objetivos destacamos:</p> <p>B. Estrategias Generales Para</p>	

Garantizar los Fundamentos del Hospital:

- ✓ Garantizar el cumplimiento del marco legal vigente.
- ✓ Garantizar el trato adecuado a los usuarios externos e internos.
- ✓ Estandarización de los servicios brindados, a través de la utilización de protocolos en todas las áreas y Cumplimiento de los procesos definidos.
- ✓ Monitoreo y evaluación periódica de todas las actividades de producción e indicadores de calidad.
- ✓ Evaluaciones periódicas de desempeño a todo el personal del hospital.
- ✓ Establecer convenios de cooperación e intercambio científico con instituciones nacionales e internacionales.
- ✓ Elaborar e implementar un Plan de Mejoría Continua de la Calidad, así como conformar los diferentes comités que garanticen la calidad y profesionalidad en la entrega de los servicios, (comité ejecutivo, bioética, vigilancia infecciones intrahospitalaria, control farmacéutico, compras).
- ✓ Las decisiones serán tomadas en base al análisis de las informaciones.

C. Estrategias de Mercado:

- ✓ Implementar una estrategia de mercadeo donde se destaque: el trato humanizado y la calidez de nuestro colaboradores, calidad y seguridad de las atenciones ofrecidas, cartera de servicios, capacidad resolutive de los recursos humanos, ubicación geográfica, capacidad instalada de equipos, capacidad instalada, características de la infraestructura y mobiliario, entre otros aspectos.
- ✓ Mantener precios asequibles y competitivos.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantizar la privacidad en todas las áreas y procedimientos. ✓ Gerencia de Atención (Defensa) al Usuario. ✓ Formulación de campañas publicitarias (participación, entrevista y reportajes en programa radio y televisión, periódicos, señalizaciones externas, brouchur, afiches, participación de estudiantes como facilitadores). ✓ Creación de revista de difusión de informaciones generales y científicas. <p>D. Planificación y Control</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulación y cumplimiento del plan estratégico. ✓ Monitoreo periódico de calidad y satisfacción de los usuarios. ✓ Monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas de productividad de las UEPSS. ✓ Evaluación de la satisfacción de los usuarios. ✓ Evaluación y control presupuestario. ✓ Implementar el sistema de auditoría al expediente clínico. ✓ Implementar planes de desarrollo de los Recurso Humanos en todas las áreas. ✓ Implementación de sistema de administración y contabilidad organizado. ✓ Análisis y control de costo. ✓ Evaluación de desempeño del personal. 	
<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>Participación en el Consejo de Administración de un representante comunitario.</p> <p>Participación de representantes comunitarios en el taller de elaboración del Plan Estratégico y del POA.</p> <p>Todas las compras se realizan acorde a lo establecido por la DIGECOM.</p> <p>Incorporación de nuevos servicios para satisfacer la demanda de los usuarios y brindarles una atención integral.</p>	

	<p>Ej: Unidad de Hemodiálisis ya que identificamos la necesidad de atención de usuarios afectados de patologías renales en el municipio, que no contaban con este servicio y en lo que se pone en servicio del Hospital General que será parte del Complejo Hospitalario Ciudad de la Salud, procedimos a la instalación de esta unidad, la cual presta servicios a unos X usuarios en terapia sustitutiva renal de hemodiálisis 3 veces por semana. 15 máquinas de hemodiálisis.</p> <p>Unidad de Estudios Gástricos: Los pacientes que por las características de sus lesiones requieren la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, en ocasiones desarrollan molestias a nivel gástrico, por lo que con el objetivo de brindarles una atención integral estamos en proceso de instalación de esta unidad.</p> <p>De igual manera, en el interés de involucrar a los diferentes grupos de interés de manera sistematizada, identificamos las necesidades y expectativas a través de diferentes formas, entre las que se encuentran:</p> <p>Los usuarios internos y externos: Mediante la encuesta de satisfacción de usuarios internos y externos.</p> <p>De igual manera, en todas las áreas del hospital, se encuentran distribuidos los buzones de sugerencias que son recogidas y analizadas lo que nos permite tomar decisiones emanadas de las sugerencias y recomendaciones para mejorar nuestros procesos operativos y para realizar nuestra planificación.</p> <p>Realización de grupos focales.</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>Cada año somos parte de las instituciones que en coordinación con el Comité de Emergencias participamos en las actividades de prevención de accidentes en feriados especiales (Semana Santa, Navidad, Fines de semana largos, entre otros).</p>	

	Campaña de Prevención de accidentes (Un reto por la vida). Siembra de arboles, limpieza de cañadas, recogida de basura, entre otros.	
4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.	Anualmente elaboramos un presupuesto de gastos que nos permite asegurar la disponibilidad de recursos para las actividades que se planifican.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>Los líderes (directivos y supervisores): 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>En la elaboración y seguimiento de nuestro plan estratégico participan todas las áreas del hospital, no solo del área clínico- asistencial, por lo que cada unidad de servicios identifica sus prioridades y monitorea el cumplimiento de las mismas con un marco temporal, ya que el mismo es evaluado cada cuatro meses y se realiza un informe general de cumplimiento.</p> <p>Luego de formuladas las necesidades en las diferentes áreas, el Consejo de Administración, encabezado por el Director General revisan las necesidades identificadas con los encargados de área y su personal y se establecen acuerdos para ambas partes, donde la dirección del hospital se compromete a cumplir lo identificado como prioridad por la gerencia y estos a su vez se comprometen al cumplimiento con las metas de producción (en el caso de los servicios clínico-quirúrgicos y complementarios) y en el caso de las gerencias administrativas, se identifican actividades específicas y forman parte de acuerdo.</p> <p>En el plan estratégico, se encuentra la matriz de valoración y análisis de riesgo que asigna una clasificación de riesgos y en función de esta categoría se establecen las prioridades en el Plan de Mitigación de Riesgos.</p>	

<p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>	<p>Utilizando la “Matriz de Análisis y Valoración de Riesgos” (VAR), que es una de las herramientas de la NOBACI, durante la realización de las actividades del Plan Estratégico/ POA, a cada objetivo estratégico se le realiza un análisis FODA.</p> <p>Luego del FODA, se identifican los Riesgos Internos y Externos y se analiza el impacto de estos y las probabilidades de que estos ocurran.</p> <p>Una vez con los riesgos internos y externos identificados se realiza la “Evaluación de Riesgos” donde de acuerdo al impacto y probabilidad de estos se les asigna una puntuación y de acuerdo a la valoración obtenida (1-9) se determina el nivel de gravedad del riesgo: Alto, Medio o Bajo.</p> <p>Con este análisis realizado, se procede a elaborar una “Plan General de Mitigación de Riesgos” donde para cada objetivo, se establece un plan con indicadores de resultado.</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>El Plan Estratégico es entregado a cada unidad con la finalidad de que sea compartido con todos los colaboradores de las mismas. De igual manera también es publicado en nuestra Intranet, para el acceso de todos los colaboradores.</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>Si. Tenemos una metodología a partir de las diferentes matrices de seguimiento a las actividades del plan estratégico/POA (Matriz de Producción y Estadística, VAR, Plan de Inversiones, Plan de Capacitación Matriz Financiera, entre otras).</p> <p>El monitoreo al cumplimiento de metas se realiza cada 4 meses, con la participación de todo el equipo directivo y encargados.</p> <p>Durante el desarrollo de esta actividad se miden las metas del periodo correspondiente y se construyen en consenso las metas para el siguiente período.</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>1. 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>Nos mantenemos actualizados en cuanto a las oportunidades que representa la transformación digital de ahí que en la medida de lo posible incorporamos actividades y servicios innovadores, como es la RMN, TAC, entre otros.</p> <p>De igual manera en cuanto a los aspectos de gestión somos parte de los hospitales del SISMAP/Salud, portal de transparencia, DIGECOM.</p> <p>Contamos con equipo informático con acceso a internet en todas las estaciones de trabajo, salón de videoconferencias, quirófano inteligente, entre otros.</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>Somos pioneros en la construcción de una cultura de innovación, ya que el modelo de gestión y organización con que iniciamos nuestras operaciones nos hizo ser seleccionado por otras instituciones para el benchmarking/Benchlearnig.</p> <p>Hemos establecido acuerdos con universidades (UNIBE), INTEC, UASD y otras instituciones hospitalarias (Fundación Cruz Jiminián, Hospital Darío Contreras, Instituto Oncológico Rosa Tavarez, Hospital Materno Reynaldo Almánzar, Hospital Pediátrico Hugo Mendoza) para la actualización de especialistas y rotación de nuestro personal por otros hospitales y viceversa.</p> <p>Cada año se realiza una Jornada Científica y otra de enfermería en donde son invitados todos los hospitales que cuentan con residencias médicas y se presentan los casos más relevantes de nuestro hospital y nuevas técnicas quirúrgicas.</p> <p>Actualmente estamos en proceso de ser acreditados como “Hospital Docente Universitario”, con lo que ampliaremos nuestro laboratorio de conocimientos.</p> <p>Participamos en las actividades invitado por el Ministerio de Administración Pública y hemos sido</p>	

	<p>invitados por otras instituciones.</p> <p>Intercambiamos experiencias con el Hospital Prof. Juan Bosch.</p> <p>Intercambio de experiencias con el Instituto Oncológico y Especialidades del Nordeste.</p>	
<p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p>	<p>En el informe de seguimiento a las actividades del POA, damos seguimiento a los indicadores internos de cambio, (costo, tiempo promedio de procedimientos, rotación de empleados, entre otros), así como los indicadores externos como satisfacción de usuarios externos, imagen externa de la institución entre otros.</p> <p>Este informe de resultados es presentado a todos los encargados de area y representantes comunitarios, publicado en el intrenet, para que cualquier persona tenga acceso al mismo, de igual manera lo publicamos en el Portal de Transparencia.</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>Dentro de las propuestas innovadoras, estamos en proceso de iniciar cuatro programas de subespecialidad: Columna, Cirugía Minimamente Invasiva, Cirugía Reconstructiva, Reconstrucción Ósea.</p> <p>En lo que respecta a propuestas, estamos en proceso de inicio de los programas de residencias medicas en las especialidades de: Anestesiología, Medicina Familiar, Medicina Física y Rehabilitación, cuyos programas académicos están siendo elaborados por los especialistas del hospital en cada área.</p> <p>Con los usuarios externos, realizamos grupos focales.</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>El uso de redes sociales, encuestas diarias en las diferentes áreas utilizando una Tablet para realizar un seguimiento de la experiencia usuario.</p> <p>Sistema de imágenes y laboratorio con acceso en línea y desde las estaciones de trabajo del medico. Estamos en proceso de adquisición de un sistema de</p>	

	<p>distribución de pacientes (Ticket electrónico).</p> <p>En emergencia implementamos un modelo de asistencia centrado en el paciente a diferencia del modelo tradicional de atención secuencial, por lo que implementamos el RAC/TRIAGE (Unidad de entrada rápida donde el paciente es asistido inmediatamente y clasificado de acuerdo a criterios fisiológicos).</p>	
<p>6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.</p>	<p>Cuando realizamos la planificación incluimos la identificación de las necesidades para las gerencias, en renglones como: Recursos humanos, capacitación, equipos, adecuación y/o construcción de infraestructura, para de esa manera asegurar los recursos del plan de inversión de la institución y así como implementar los cambios identificados y priorizados en el plan.</p> <p>El presupuesto La disponibilidad para los libramientos</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.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.</p>	<p>Este análisis es realizado cada año en el documento "Plan Estratégico /POA" en el que destacamos: Descripción Comportamiento Recursos Humanos Tabla: Distribución Recursos Humanos Gráfico: Comportamiento Total Colaboradores por Año y Variación Porcentual en Relación al Año Anterior" Tabla: Distribución Acumulada de Personal por Subdirecciones Tabla: Reporte Acciones de Personal del año Índice de licencias médicas, con relación al total de empleados.</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>Contamos con Manual de Organización y Funciones que se define los perfiles de cargo para cada una de las posiciones definidas para un hospital de III nivel. En nuestro manual de procesos se establece como se realiza el proceso de reclutamiento y selección de personal. En cuanto a la remuneración esta la establece el SNS y el sistema de recompensas se realiza previa evaluación de desempeño al cumplimiento del acuerdo de desempeño. Para la asignación de funciones gerenciales, analizamos los CV's y tomamos en cuenta otras competencias. EJ: Un auxiliar de Farmacias, fue promovido a Coordinador de Estadísticas, tomando en cuenta su formación como ingeniero industrial.</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>Cumplimos con el proceso establecido por el SNS y el MAP para la contratación de los RRHH En el proceso de entrevista y selección del personal, está establecido que primero se considera la búsqueda interna de personal cuando existe una vacante para promocionar y priorizar el personal interno. Además contamos con instrumentos estructurados para la entrevista y selección del personal,</p>	

	elaborados en base a los perfiles técnicos, funciones y responsabilidades definidos	
4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.	Si, muestra de ello es que cuando se presenta una vacante, nuestra primera opción es a lo interno.	
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>Contamos con el Manual de Funciones aprobado por el MAP y como institución del Estado, cumplimos lo establecido en la Ley 41-08.</p> <p>En el proceso de entrevista y selección del personal, está establecido que primero se considera la búsqueda interna de personal cuando existe una vacante para promocionar y priorizar el personal interno.</p> <p>Además contamos con instrumentos estructurados para la entrevista y selección del personal, elaborados en base a los perfiles técnicos, funciones y responsabilidades definidos.</p> <p>Durante la entrevista, hacemos preguntas orientadas no solo al aspecto profesional de la persona, sino a sus habilidades sociales</p> <p>Cumplimos con el proceso establecido por el SNS y el MAP para la contratación de los RRHH</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>Como institución de servicios de salud, estamos comprometidos con la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, desde la selección a la promoción, la formación, las condiciones de trabajo, la salud laboral, la distribución de los turnos de trabajo, así como la prevención y actuación frente al acoso sexual.</p> <p>Somos vigilantes del el uso no discriminatorio del lenguaje, tanto entre nuestros colaboradores como en la atención a los pacientes.</p>	
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	De acuerdo a la periodicidad establecida por el SNS/MAP, establecemos acuerdos de desempeño con todo el personal.	
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Los acuerdos de desempeño son evaluados de acuerdo a la periodicidad establecida y al momento de la firma por parte del empleado, se les explica cada items, las razones de la puntuación y se exhorta a mejorar siempre.	

<p>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.</p>	<p>Aunque aplicamos una política de general de género, no contamos con una unidad de género como tal. Al momento de realizar las atenciones cumplimos lo establecido en la “Guía y Protocolo para la Atención Integral en Salud de la Violencia Intrafamiliar y Contra la Mujer. Nuestra plantilla de personal está compuesta por Hombres 433 Mujeres: 750</p>	
---	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. 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>Si, en el HTNAL se realiza un Plan de Capacitaciones, para lo cual cada gerente identifica las necesidades de capacitación de su personal y lo presenta en el POA, de manera que a través del área de capacitación de RRHH se incluye en las actividades programadas para el año o a través de la subdirección académica. Actualmente en el área de maxilofacial se les ha facilitado licencias con disfrute de sueldo a una especialista para la realización de una subespecialidad, de igual manera un especialista de UCI.</p>	
<p>2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.</p>	<p>Si. Implementamos la metodología de pares, para nuevos empleados o en caso de traslado a otras áreas. En el proceso de inducción de los empleados de nuevo ingreso está definido como se realiza estas actividades acompañamiento individualizado (estrategia de pares) para el nuevo empleado.</p>	
<p>3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.</p>	<p>Si, la primera opción cuando se presenta una plaza es para el personal de la institución. En cuando a la movilidad externa, desde el HTNAL, han salido varios directores de hospitales y gerentes de áreas, tomando en cuenta su desarrollo y capacidades evidencias en el Ney. Actualmente el Subdirector de RRHH era coordinador de Ortopedia y fue ascendido.</p>	

	De igual manera en el área de imágenes, cirugía general, laboratorio, enfermería, servicios generales, fueron promovidos diversos empleados.	
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>Con frecuencia participamos de las actividades de capacitación vía zoom, meeting, entre otros que se realizan desde el MAP y el SNS, INFOTEP.</p> <p>Nuestro hospital cuenta con una estructura tecnológica IP, que nos permite tener facilidades para el desarrollo de este tipo de actividades.</p> <p>Contamos con una moderna unidad de videoconferencia equipada con tecnología de punta y donde periódicamente realizamos actividades educativas y de actualización a través de video conferencia con otros profesionales e instituciones nacionales e internacionales para nuestro personal.</p> <p>Poseemos un salón multiuso el cual posee equipos de última generación tecnológica como lap top y data show donde se realizan frecuentemente conferencias, charlas, discusión de casos clínicos y diariamente la entrega de guardias, (actividad educativa y de retroalimentación entre todo el equipo de trabajo de servicio y los diferentes gerentes del área clínica, en donde se revisa con detalle la problemática de algunos de los usuarios que fueron asistidos en el servicio del día anterior y se hace énfasis en aquellos casos que han sido ingresados y en cómo resolver sus problemas de salud de acuerdo a su condición.</p> <p>Además contamos con una RED informática que nos permite el intranet y la incorporación de informaciones, carpetas de datos entre otras informaciones.</p> <p>Cuando se implementan nuevos software en el hospital, se habilitan salas de capacitación para que el personal conozca las nuevas tecnologías en el menor tiempo posible.</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>Si, todas las actividades formativas son planificadas.</p> <p>Contamos con una Unidad de Gestión de Riesgos que tiene la responsabilidad de coordinar todas las acciones preventivas para el personal y usuarios del</p>	

	<p>hospital.</p> <p>Cada año se realizan dos simulacros, se realiza además los operativos Semana Santa y navidad sin accidentes.</p> <p>A través de la Gerencia de Salud Mental, se imparten charlas en las áreas de espera en temas relacionados con género.</p> <p>En cuanto al tema ético, hemos impartido capacitaciones al personal a través de la Oficina de Libre Acceso a la Información, así como durante el proceso de inducción a nuevos colaboradores.</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.	Al final de cada actividad de capacitación, se realiza un post test, para medir los niveles de conocimiento adquiridos con las capacitaciones.	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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>En el informe de las encuestas de satisfacción de los usuarios internos, se destaca como positiva la participación de los empleados en la identificación de problemas y búsqueda de soluciones, donde son tomadas en cuenta sus sugerencias, independientemente de la jerarquía y la oportunidad de expresar sus opiniones.</p> <p>Además la Dirección General ha establecido la política de Despacho Abierto para que los empleados cuando necesitan comunicarse sobre aspectos de ideas y sugerencias puedan con libertad realizar esta acción.</p> <p>Semanalmente, se realiza una reunión de las autoridades en donde se invita a gerentes y empleados a participar de la misma cuando se considera que los mismos pueden contribuir a la</p>	

	<p>solución de situaciones de su área.</p> <p>De igual manera, la dirección general y la subdirección de recursos humanos realizan reuniones con el personal de las diferentes gerencias, donde los colaboradores expresan sus ideas y sugerencias, de forma abierta.</p> <p>Sumado a esto, existen los buzones de sugerencia</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>La dirección general, promueve encuentros por unidades de servicio, donde los empleados tienen la oportunidad de manifestar sus opiniones y sugerencias.</p> <p>Diariamente se realiza la entrega de guardia, que es la rendición de cuentas de las actividades clínico operativo del día anterior y en la cual participa la mayoría de los gerentes.</p> <p>La participación de los empleados en planes y estrategias, se da dentro de las actividades de monitoreo, taller de planificación, seguimiento a indicadores del SISMAP/SALUD, POA del SNS, entre otros.</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>La Encuesta de Satisfacción de Usuarios Internos, se realiza una vez al año. Los resultados de la encuesta, se presentan a todos los subdirectores y encargados de área y se publican en la Carpeta Pública y estos a su vez la presentan a los empleados de sus respectivas gerencias y servicios.</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>Las necesidades de salud de nuestros colaboradores están aseguradas pues los mismos cuentan con seguro de riesgo a la salud (afiliación al Seguro Nacional de Salud o la ARS de su preferencia) y al Fondo de Pensiones.</p> <p>Las buenas condiciones de trabajo, están garantizadas, pues en las áreas críticas de servicio, (donde se requiere personal 24 horas), existen confortables áreas de descanso, servicios sanitarios higiénicos, temperatura y calidad del aire acondicionado, asientos ergonómicos etc. En el reporte de evaluación de satisfacción de los usuarios internos claramente se evidencian la valoración de los mismos a las condiciones de trabajo.</p>	

	<p>De igual manera, por la forma como fueron contratados (mecanismo de selección y contratación) los empleados manifiestan sentirse seguros en su trabajo. Programa de vacunación de acuerdo al esquema nacional de vacunación para trabajadores de salud y COVID-19</p> <p>Con relación a la seguridad laboral nuestros empleados cuentan con los Manuales de Protocolos de Procedimientos y el Manual de Bioseguridad, Manual de Seguridad Radiológica para la realización de estos. Estos manuales le indican al trabajador los equipos e insumos necesarios que deben utilizar para protegerse y realizar el procedimiento, como realizarlo sin exponerse al riesgo de sufrir accidentes, así como qué hacer en caso de verse involucrado en un accidente de trabajo.</p> <p>Así mismo, nuestros empleados cuentan con los aditamentos de seguridad necesarios de acuerdo a su área de trabajo (gorros, mascarillas, guantes, lentes de protección).</p>	
<p>5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.</p>	<p>El 86% de los colaboradores entrevistados en la última encuesta de satisfacción consideró que las jornadas de trabajo le facilitan la interacción adecuada con el entorno de la vida familiar.</p> <p>En caso de algunas personas que se encuentran cursando estudios universitarios, somos flexibles con el horario de servicio, de manera tal que la persona no tenga que abandonar sus estudios, pero que al mismo tiempo pueda cumplir con las horas reglamentarias, de acuerdo al trabajo que desempeña.</p>	
<p>6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p>	<p>En el hospital existe una cultura de atender las necesidades y ayudar en circunstancias personales a los empleados. Se dan facilidades para empleados con horarios especiales por estudios.</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>Se realiza reconocimiento a empleados destacados de las diferentes áreas.</p> <p>Se distribuyen incentivos económicos.</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>Los líderes de la organización:</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>Nuestros socios claves, están identificados:</p> <p>Para complementar la capacitación y actualización de nuestro personal y rotación de estudiantes de medicina, contamos como aliado la Universidad Iberoamericana (UNIBE), el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), Universidad Eugenio María de Hostos (UNIREMHOS) y el Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), Universidad Católica de Santo Domingo, Instituto Superior de Especialidades Odontológicas (ISEO), entre otras.</p> <p>Con las ARS públicas y privadas, ISSPOL, SENASA, SEMMA, Humano, BANCENTRAL, PALIC, entre otras para la venta de servicios de salud con calidad y seguridad a sus afiliados.</p> <p>Con el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Hospital Juan Bosch, Salvador B. Gautier, Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar entre otros, para atención de casos especiales y rotación de personal.</p> <p>Con proveedores de equipos materiales e insumos (Farmaconal, Orthobone, PROMESE CAL,) para garantizar la rapidez de la atención y la calidad de los productos.</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>En este sentido, destacamos las alianzas con instituciones públicas, descentralizadas y privadas, para ofertar servicios, para crear nuevas unidades en el hospital, para la venta de servicios, para apoyar la educación continua y capacitación de nuestro personal, para promoción y brindar información del hospital, así como para garantizar la transparencia en la gestión, entre otras.</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>En los documentos específicos para cada caso está claramente establecido en que consiste la alianza que se establecerá entre el hospital y las instituciones y los controles principales que se realizan para evaluar los convenios tienen que ver con la compra y venta de servicios y las ARS evalúan la satisfacción de los usuarios, evalúan los consumos, costos de los servicios ofrecidos, el registro de informaciones en los record, entre otros parámetros.</p> <p>De igual manera en los acuerdos con instituciones académicas y de enseñanza, se establecen los controles, programas y áreas de rotación, sistema de supervisión y evaluación, así como los requisitos del personal que va a rotar.</p>	
<p>4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.</p>	<p>Si, una muestra de ellos es la donación recibida por parte de la Embajada China y la visita de la Vicepresidenta de la República, Senadores, Diputados, síndicos del municipio y comunidades vecinas, Policía Nacional, Autoridades militares, IDOPRIL, PROMESE, entre otras.</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>La selección de los proveedores se realiza cumpliendo la Ley 340-06.</p> <p>La lista de proveedores en el HTNAL, cumple con todos los requisitos establecidos por la DIGECOM.</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<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>Periódicamente se distribuyen brouchurs sobre los servicios ofertados y horario de estos, además todos los días en las tandas matutinas y vespertina. Atención al Usuario brinda una charla a las personas que esperan en las áreas de consultas, laboratorio e imágenes, sobre el funcionamiento del hospital y los servicios que ofrece, donde además se les informa las diferentes vías de acceso para expresar sus opiniones.</p> <p>También a través de informaciones en los medios de comunicación escritos, televisivo y radio</p> <p>Se realiza una encuesta diaria.</p> <p>Periódicamente se realiza grupos focales con pacientes y actores de interés</p> <p>Tenemos distribuido en las diferentes áreas 14 buzones de sugerencia.</p> <p>Se reportaron 34 sugerencias, durante el período en el año 2021.</p> <p>Los aspectos identificados por los usuarios para ser mejorados son tomados en cuenta por las autoridades y el impacto de estas acciones ha sido evaluado.</p> <p>Contamos con un Comité de Calidad</p> <p>Redes sociales (instagram, Facebook, whatsApp)</p> <p>Carta Compromiso Ciudadano.</p> <p>De igual manera en nuestra página web: www.hospitalneyarias.gob.do, redes sociales.</p> <p>El vocero autorizado del hospital es el Director General o quien este delegue, como forma de garantizar que las informaciones sobre procesos, partes oficiales de salud sobre personalidades cuenten con la debida credibilidad.</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 realizan auditoria de procesos y los resultados son incorporados al informe financiero en el Documento del Plan estratégico y de Producción Anual y éste se publica en el intranet del hospital, portal de transparencia y en la página web. Además, contamos con un equipo de auditores residentes de la Contraloría General, quien nos brinda servicios de manera permanente, como forma de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos.</p> <p>Informes de ejecución presupuestaria. Compras a través del portal. Publicación de la nómina institucional. Resoluciones del Comité de Compras Monitoreos del SISMA/SALUD NOBACI. Portal 311</p> <p>Cada año realizamos la publicación de nuestras memorias institucionales. Las informaciones están disponibles en el portal de transparencia. Los derechos y deberes establecidos en la Ley General de Salud se encuentran disponibles en afiches ubicados en todas las áreas de servicio. Comité de ética pública, escogido por votación entre los colaboradores de la institución.</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>Se realizan múltiples actividades enfocadas a involucrar personas y líderes de la comunidad para conocer sus necesidades y evaluar de qué manera la institución puede dar respuestas y ayudar a resolver sus necesidades de salud.</p> <p>Realizamos periódicamente las Encuestas de Satisfacción de Usuarios Externos, en la cual durante su aplicación se les solicita a los usuarios que si tienen alguna opinión, o sugerencia pueden hacerlo y se toma nota de la misma para la adecuación y/o diseño de procesos, nuevos servicios, entre otros. El brochure CCC, se encuentra disponible en las áreas de prestación de servicios.</p>	

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.</p>	<p>La gestión financiera está íntimamente vinculada con los objetivos estratégicos, esto lo podemos constatar en el informe financiero, el plan de inversiones contenidos en el plan estratégico.</p> <p>Las inversiones se realizan tomando en cuenta las necesidades identificadas por las unidades de servicio de acuerdo a las especialidades de atención que brinda a los usuarios.</p> <p>Contamos con la Unidad de Presupuesto, responsable de vigilar el cumplimiento en la gestión financiera y su vinculación con los objetivos estratégicos.</p>	
<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 servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.</p>	<p>Si, somos de los poco hospitales que cuentan con una Unidad de Análisis de Costos.</p> <p>Contamos con una Gerencia Administrativa, responsable del control de los inventarios, gestión de almacenes.</p> <p>Contamos con una Unidad de Auditoría al Expediente Clínico que trabaja de la mano con la Gerencia de Facturación y Gestión de Procesos y Registros para garantizar el control de las glosas.</p> <p>Como parte de aumentar la capacidad para ser contratados por ARS' privadas hemos acondicionado habitaciones privadas y recibido la visita de los gerentes de dichas entidades.</p> <p>El índice de glosa es 2.3.</p>	
<p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>	<p>El control financiero se basa en el análisis costo-beneficio y esto se evidencia en los gastos por concepto detallados en el informe financiero, donde el hospital tiene control sobre el concepto de nómina, gastos administrativos y compra de medicamentos insumos y materiales.</p> <p>De igual manera al momento de realizar inversiones se toma en cuenta los costos y beneficios de la inversión.</p>	

	<p>En el Plan Estratégico, formulamos un presupuesto de ingresos que nos sirve de guía para la gestión financiera.</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>Se realiza a través de la aprobación del presupuesto por los organismos competentes, así como por los informes de ejecución presupuestaria.</p> <p>Todo lo relacionado a la gestión financiera, se publica oportunamente el portal de transparencia de la OAI. Y en el SISMAP/SALUD.</p> <p>Unidad, de Control de Procesos y Registros</p> <p>Unidad de Auditoría Externa residente de la Contraloría General de la República.</p> <p>Presupuesto de Producción que se elabora anualmente, tomando en cuenta nuestra capacidad de producción y la distribución del presupuesto de acuerdo a los renglones prioritarios de las unidades de producción y se monitorea cada 4 meses.</p>	
<p>5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.</p>	<p>Si, contamos con una matriz estadística y de producción en donde se registra toda la producción hospitalaria por gerencia, lo que nos garantiza el monitoreo constante de las variables e indicadores para la gestión hospitalaria.</p> <p>Estos datos son recogidos por el Departamento de Estadísticas a partir de las diferentes fuentes de registro de la institución.</p> <p>De igual manera a través de los formularios oficiales de reporte (67-A, cargas al SISMAP/SALUD, entre otros.</p>	

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. 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 Manual de Procesos y Protocolos en todas las áreas.</p> <p>En el hospital contamos con sistema de registro, almacenamiento y evaluación de las informaciones y conocimientos adquiridos, los cuales guardan relación con las estrategias y los objetivos operativos de la institución.</p> <p>Para esto contamos con el sistema de registro duro de información y el registro de las informaciones en</p>	

	<p>formato electrónico a través del sistema informático. Para el mantenimiento de dicha información contamos con los servicios de archivos clínico y contable para los registros duros.</p>	
<p>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p>	<p>Toda la información externa que se considera de interés para el hospital es recogida, procesada y utilizada de acuerdo a las características de la misma y las necesidades del hospital, de ahí que el manejo de información es una de las grandes prioridades de la institución lo que se puede constatar en el uso que damos a la misma para la formulación del plan estratégico y la elaboración de los informes cuatrimestrales (ver situación de salud de los usuarios región 0, área III de salud, mercado de la salud en santo domingo norte entre otros temas contenidos en el plan estratégico).</p> <p>En el documento del plan estratégico, utilizan 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 nos mantenemos vigilantes de las informaciones epidemiológicas que se producen en nuestro país y el mundo.</p> <p>Del mismo modo los gerentes de UEPSS recogen informaciones actualizadas relacionadas con nuevos procedimientos y tratamientos que han sido científicamente probados y se implementan en el hospital.</p>	
<p>3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p>	<p>Si, todo el personal de nuevo ingreso es capacitado en los software y equipos que va a manejar durante la realización de su trabajo.</p> <p>Con el quirófano inteligente participan desde el Salón de Videoconferencia los residentes.</p> <p>Tenemos una biblioteca virtual con acceso a las mejores bases de datos y en ocasiones la utilizamos como centro de capacitación.</p>	
<p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p>	<p>Si, a través del SNS y el MAP, mantenemos redes de aprendizaje en diferentes aspectos, de acuerdo a las diferentes áreas de servicios clínico-quirúrgicos, servicios administrativos y servicios generales del hospital.</p>	

	Con el INFOTEP, también hemos establecido una red de colaboración tendente a la capacitación del personal en diferentes áreas del saber.	
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.	<p>Las informaciones claves manejadas por los empleados se encuentran centralizadas y administradas a través de la red del sistema informático, por lo que estas informaciones son protegidas y mantenidas en el hospital.</p> <p>En el caso del sistema informático clínico y cualquier otro sistema informatizado, cuando el personal deja la institución, inmediatamente se bloquea su clave de acceso al sistema de registro clínico.</p> <p>De igual manera para acceder a la red interna cada usuario cuenta con una clave de acceso..</p> <p>En cuanto a los casos de investigaciones clínicas realizadas en el hospital, estas son manejadas para garantizar su relevancia y confiabilidad por la Subdirección Académica.</p>	
6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	<p>El hospital cuenta con múltiples instrumentos para difundir las informaciones relevantes de la institución, entre esos mecanismos se encuentran:</p> <p>a) La entrega de guardia: Donde se brindan informaciones diarias sobre el desempeño y condición de los usuarios hospitalizados y los que fueron atendidos en la emergencia, así como las novedades ocurridas durante el servicio. Esta actividad se realiza todos los días a partir de las 7:30 a.m.</p> <p>b) Intranet: Este cuenta con las informaciones estadísticas del hospital, los reportes de informaciones de evaluaciones cuatrimestrales, nuestro plan estratégico y de producción, entre otras informaciones.</p> <p>c) Charlas y encuentros realizados por Servicio Social en coordinación con Relaciones Públicas, Prensa y Comunicación.</p> <p>d) Murales: Este incorpora informaciones sobre actividades realizadas, nuevos servicios ofertados y publicaciones relacionadas con el hospital.</p> <p>e) Brouchur: Brinda Informaciones generales del hospital, los servicios que ofrece, horarios, entre</p>	

	<p>otras informaciones.</p> <p>f) Afiches y pancartas: Brindan informaciones sobre los procesos generales en las diferentes áreas.</p> <p>h) Carta Compromiso al Ciudadano: Facilita información al usuario sobre los servicios y los estándares de calidad esperados en cada una de las áreas donde son entregados los mismos, así como los derechos y deberes de nuestros usuarios, forma y lugares donde estos derechos puedan y deben ser reclamados en caso de que el usuario considere que han sido violados.</p> <p>Contamos con la gran mayoría de informaciones necesarias para el personal realizar su trabajo y estas informaciones son administradas a través de charlas a los empleados de nuevo ingreso, así como también a cada uno de nuestros empleados y cada una de las sub-direcciones y gerencias cuentan con los Manuales de protocolos de procedimientos donde se encuentran las informaciones de cómo realizar sus actividades, al igual que con el Manual de Procesos Generales donde se encuentran las actividades, responsables de la tarea, área donde se debe realizar y la forma realizar la tarea.</p>	
<p>7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.</p>	<p>En el proceso de inducción de los empleados de nuevo ingreso está definido como se realiza una actividad de acompañamiento individualizado (estrategia de pares) para el nuevo empleado.</p> <p>Como hospital docente, constantemente realizamos actividades de transferencia de conocimiento a residentes, pasantes y empleados de diferentes áreas.</p>	
<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>	<p>Se realizan presentaciones a los grupos de interés externos cuando estos vienen como invitados al hospital o en ocasiones el Director General es invitado a actividades externas.</p> <p>Realizamos dicha actividad con todo el personal de la institución, además estas informaciones están disponibles en la carpeta pública del intranet y en la página web.</p>	

	Publicaciones en las redes sociales (instagram, Facebook, entre otras). Cuando se solicitan informaciones a través de la OAI, estas son facilitadas en el tiempo establecido.	
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.	Las informaciones claves manejadas por los empleados se encuentran centralizadas y administradas a través de la red del sistema informático, por lo que estas informaciones son protegidas y mantenidas en el hospital, aun el empleado deje la institución. En el caso del sistema informático clínico y cualquier otro sistema informatizado, cuando el personal deja la institución, se bloquea su clave de acceso al sistema de registro clínico, previo a la notificación de desvinculación. De igual manera para acceder a la red interna cada usuario cuenta con una clave de acceso, e inmediatamente este es separado del personal del hospital, se bloquea el acceso. De igual manera los carnets y tarjetas de acceso son retirados al momento de su desvinculación.	

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.	El hospital cuenta con gran experiencia en la implementación de política tecnológica integral de asistencia, para la gestión, para eso contamos con un sistema informático clínico que posee módulos definidos para gestión clínica y administrativa. Una serie de módulos integrados que facilitan adecuadamente lograr nuestros objetivos estratégicos y operativos (admisión, facturación, cobro, emergencia, hospitalizaciones, gestión de quirófanos, entre otros.) Así mismo para la asistencia clínica/ quirúrgica de nuestro usuarios contamos con tecnología de punta para garantizar la calidad de nuestros servicios.	

	<p>Contamos con quirófano inteligente que permite der el procedimiento que se está realizando en sala de cirugía desde el salón de vídeo conferencia.</p> <p>Para el área de educación continua y capacitación del personal contamos con moderna tecnología como son: Sistema de videoconferencia, biblioteca virtual, estaciones de trabajo.</p> <p>SOFTWARE IMPLEMENTADOS SYSMED (Sistema Clínico) SAGIH (Sistema Financiero Hospitalario) SYNERGIA (Sistema para el laboratorio) SISTEMA DE TESORERIA (Sistema para cubrir el área de caja, desarrollado por el departamento TI).</p> <p><u>SOFTWARE EN DESARROLLO POR LA GERENCIA DE TI:</u> SISTEMA PARA EL CONTROL DE COMIDA. SISTEMA DE ACTIVO FIJO. Sistema de Cámaras de Seguridad (circuito cerrado) en todas las áreas.</p> <p>ESTRUCTURA DE REDES TIPO: Ethernet TECNOLOGIA: Avaya - Nortel. CONECCION: Cableado Estructurado C6, Fibra Óptica.</p> <p>DISPONIBILIDAD DE SERVIDORES CANTIDAD: 4 Servidores Físico, 8 Servidores Virtuales PLATAFORMA: Windows Server.</p>	
<p>2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.</p>	<p>Aunque hemos realizado algunos estudios, no se realiza de manera sistemática.</p>	<p>No se monitorea de manera sistemática la rentabilidad de las tecnologías y su impacto.</p>
<p>3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).</p>	<p>No contamos con los recursos necesarios para implementar estas tecnologías.</p>	
<p>4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad,</p>	<p>En vista de que en los actuales momentos contamos</p>	

<p>la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.</p>	<p>con un Data Center físico y necesidad de priorizar los recursos en las áreas de atención al paciente, no hemos iniciado trabajos tendentes a la utilización de herramientas en las nubes, debido al costo de estas.</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>Si, disponemos en el área de imágenes del RISCK/PAC que permite visualizar las imágenes desde el consultorio o estación de trabajo del médico. De igual manera, los resultados de pruebas de laboratorio son remitidos al expediente del paciente. Ambos servicios se encuentran on-line y se envían vía e-mail. Tenemos una Intranet con diferentes herramientas para facilitar el trabajo de los usuarios.</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>Si, en la institución contamos con un administrador de redes, responsable de la seguridad cibernética. Contamos además con una appliance (Fortinex) para la protección de la red interna.</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>Hemos disminuido significativamente el uso de material gastable con el uso del intranet y correo electrónico. Para la gestión de los tonner estos se almacenan y se reutilizan.</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>Si, los procesos relacionados con el SUGEMI, se cumplen de acuerdo a lo establecido. De acuerdo a los tiempos establecidos se definen las cantidades y tipo de productos en el interés de garantizar los recursos financieros, de manera que el área de compras y presupuesto incluya esta planificación en el plan anual de compras.</p>	

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<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>Contamos con una eficiente Gerencia de Mantenimiento responsable de planificar, coordinar, gestionar y ejecutar las actividades operativas de mantenimiento correctivos, chequeos predictivos y reparaciones de los equipos, sistemas, mobiliario e infraestructura del hospital, así como de supervisar el cumplimiento de las actividades establecidas con empresas externas contratadas para instalaciones, construcciones, mantenimientos y/o reparaciones.</p> <p>El hospital cuenta con adecuado mobiliario y equipos, así como espacios adecuados para el personal realizar sus tareas, donde los despachos son abiertos.</p> <p>Circulación horizontal y vertical eficiente, ascensores, rampas de acceso, zona de carga y descarga.</p> <p>La ubicación del hospital facilita el acceso rápido a servicios de transporte público (Autobuses, motoconcho, carros de concho), empresas de taxi y el metro.</p> <p>En relación al equipamiento técnico, el mismo es adecuado de acuerdo a las funciones que realiza cada persona, es así como desde el punto de vista clínico contamos con equipos de última generación en las áreas de imágenes, cirugía, laboratorio clínico etc.</p> <p>De igual manera, en las áreas administrativas contamos con computadoras, impresoras de acuerdo a las necesidades de cada gerencia.</p> <p>En cuanto a los despachos, los Consultorios Médicos están diseñados de manera tal que garantizan la privacidad de los usuarios, ya que solo se permite atender una sola persona, independientemente de que estos son bastante amplios y confortables, ya</p>	

	<p>que cuentan con baños privado.</p> <p>En algunas áreas administrativas hemos implementado módulos compartidos de acuerdo a las características del trabajo que realizan las personas Ej: oficina de RRHH, tesorería.</p>	
2. Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	El hospital cuenta con facilidades de acceso para todas las personas y especialmente para usuarios discapacitados que por las características del hospital son la mayoría de nuestros usuarios, posee parqueos diferenciados, rampas, área para facilitar el servicio de taxi, ascensor, baños, otros.	
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>El hospital cuenta con el Servicio de Activos Fijos la cual realiza la coordinación para asegurar una política integral de estos.</p> <p>Las posibilidades de reciclado en instituciones de este tipo son muy limitadas por la características de los servicios que brindamos.</p>	
4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).	<p>Ejecutamos alianzas estratégicas a través de convenios con diferentes sectores de la comunidad para facilitar los servicios que ofrecemos, al igual realizamos campaña para dar a conocer nuestra cartera de servicio.</p> <p>Las instalaciones como salón de conferencia, multiuso, se han puesto a disposición de la comunidad y de los diferentes gremios profesionales que hacen vida en el hospital, así como de las autoridades de salud de la zona.</p>	
5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.	<p>Los recursos energéticos son usados de forma racional, eficiente y eficaz.</p> <p>Contamos con dos generadores de emergencia Garantizamos el combustible mediante un contrato de servicios con una empresa suplidora de combustible,</p> <p>Contamos con sistema alternativo de energía auxiliar para los puntos críticos de atención y servicios del hospital que son los UPS, (sistema informático, imágenes, cuidados intensivos y quirófanos).</p>	

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 un amplio parqueo en la parte frontal del edificio, compartido con el resto de hospitales del Complejo Ciudad de la Salud. Por la ubicación del hospital, el acceso a transporte público está garantizado, taxis, identificados, metro.	
7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.	Sí, contamos con un comité y un Plan para la Gestión de Riesgos.	
8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)	Sí, contamos con un Plan de Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura y Mobiliario.	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	La Gerencia de Activos fijos tiene el registro de todos los bienes muebles del SNS que se encuentran instalados en el hospital o que han sido recibidos en donación. Actualmente estamos en proceso de instalación del SIAP (Sistema de Administración de Bienes).	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	Sí. A través de la Gerencia de Epidemiología en coordinación con el Dpto. de Limpieza y Manejo de Desechos implementamos un programa de gestión de desechos.	

CRITERIO 5: PROCESOS.

Documento Externo
SGC-MAP

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>La organización: 1. 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>El hospital cuenta con un Manual de Procesos Generales, el cual posee documentado y descritos los procesos generales claves, de forma continua, donde se identifica la secuencia de actividad, el área o sala donde se realiza, el personal responsable en esa área y la descripción de las acciones paso a paso para lograr el producto o servicio.</p>	
<p>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.</p>	<p>La forma en que están estructurados los procesos es con el paciente como centro del universo de manera que este no tenga que repetir pasos innecesarios ni, movilizarse de un lugar a otro a realizar actividades</p>	
<p>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.</p>	<p>Hemos incorporado nuevas tecnologías para el mejoramiento de la atención de los usuarios y el proceso de atención.</p> <p>De igual manera empleamos los conocimientos de nuestros especialistas para la formación de subespecialistas incorporando aspectos como investigación y docencia, a través de programas académicos de post grado (columna, artroscopia, reconstrucción ósea, laparoscopia), que incluye acuerdo con otras instituciones nacionales e internacionales.</p> <p>Imágenes médicas con acceso remoto on-line. Quirófano inteligente.</p>	

<p>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.</p>	<p>Al realizar periódicamente reuniones colegiadas, encuestas de satisfacción y revisión de los procesos nos permite medir y mejorar y actualizar los procesos, así como identificar los factores críticos de éxito.</p> <p>De ahí que tomando en cuenta por ejemplo el proceso de admisión, implementamos el call center, pues identificamos que si las personas agilizan su proceso de cita, la rapidez de atención en el área de admisión la consideramos un factor crítico de éxito para la atención y satisfacción del paciente.</p> <p>Además con la gestión del call center nos permite eficientizar el servicio de Consulta Externa, pues en caso de que los usuarios decidan cancelar su cita, este espacio se le cede a otra persona que pueda necesitarlo, el cual es llamado para notificarle que se ha abierto un espacio y que si está dispuesto a aprovechar esta oportunidad.</p> <p>En la matriz VAR, (NOBACI), tenemos una pestaña que se denomina MIR (Matriz de identificación de riesgos) en la que luego de identificados los riesgos, se evalúa el impacto de los mismos y las probabilidades de que esto suceda.</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>Si, los acuerdos de desempeño son evaluados de acuerdo al período establecido (Una vez al año). En cuanto a los indicadores de producción, estos son evaluados cada 4 meses y monitoreados mensualmente.</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>Si, en el HTNAL contamos con una Gerencia de Epidemiología, responsable de vigilar, registrar, procesar, notificar y analizar las informaciones indispensables para conocer, la ocurrencia y distribución de los problemas de salud de los usuarios, detectar o prevenir cambios que puedan ocurrir por la alteración de factores condicionantes, para tomar y aplicar oportunamente las decisiones que correspondan en cada caso.</p> <p>Realiza además el seguimiento y control</p>	

	<p>intrahospitalario de algunas enfermedades infectocontagiosas específicas.</p> <p>De igual manera, esta gerencia es la responsable de implementar actividades de capacitación en protocolos, normas y medidas sanitarias.</p> <p>En el HTNAL, contamos con un sistema clínico informatizado.</p> <p>Como institución prestadora de servicios de salud del tercer nivel de atención somos parte de la Red de Servicios Públicos de Salud.</p>	
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	<p>Nuestro certificado de habilitación esta actualizado hasta el 2024. Como parte de la red pública no es nuestra responsabilidad gestionar habilitación de otros establecimientos, aunque al momento de hacer referimientos, estos se realizan dentro de la red pública de servicios.</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>Encuestas diarias</p> <p>Encuestas general una vez al año: Con el objetivo principal de continuar mejorando los servicios ofrecidos a estos. Por el tipo de servicios que brindamos tenemos que tomar en cuenta aspectos de género, biodiversidad, procedencia sin discriminación de ningún tipo hacia las personas.</p> <p>De igual manera, previo a la incorporación o eliminación de un nuevo servicio investigamos todos los aspectos relacionados con el mismo. La encuesta de satisfacción que utilizamos tiene una pregunta específica en la cual se le cuestiona al usuarios (en</p>	

	<p>caso de que no encontrara algún servicio) cual fue el servicio no encontrado y en función de la demanda del mismo, se toma en cuenta para incorporarlo a la cartera.</p> <p>En atención al involucramiento de los ciudadanos/clientes pusimos en funcionamiento la Unidad de Hemodiálisis en lo que el hospital general inicia sus operaciones, ya que esta unidad era una necesidad sentida de los residentes en el municipio de Santo Domingo Norte, que no contaban con este servicio hasta su apertura en el hospital.</p> <p>Otra mejora implementada a partir de las sugerencias de los ciudadanos es la Unidad Pre-Quirúrgica, en el interés de agilizar los trámites administrativos y de servicios clínicos previo a las cirugías programadas. Esto representa una innovación en la entrega de servicios.</p> <p>Se realiza grupos focales trimestralmente.</p>	
<p>2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p>	<p>Si, pero destacamos que por ser un hospital eminentemente quirúrgico, el reciclaje y re-utilización, lo hacemos de manera limitada.</p> <p>Cumplimos con la Ley 64-00 sobre medio ambiente y recursos naturales y con la ley de manejo de desechos y materiales</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>El hospital cuenta con el Call Center, brouchur, murales para garantizar la accesibilidad a la institución. A través del call center estos pueden programar su cita, así como también se les confirma su cita 24 a 48 horas antes.</p> <p>Por las características de la institución, algunas áreas son de servicios 24/7 y otras como Consulta Externa, funcionan en horario corrido de 8:00a.m. a 6:00 p.m., lo que hace que como hospital de trauma en Santo Domingo somos pioneros en la implementación real y efectiva de un horario de 10 horas de consulta y procedimientos electivos.</p> <p>Hemos puesto diferentes formas de acceso a los servicios:</p> <p>A) Página web http://hospitalneyarias.gob.do b) Call center c) Programas de radio y TV. d) Facebook e) Twitter f) Instagram g) whatApss</p> <p>Actualmente estamos en proceso de editar un brochure en sistema Braille, en coordinación con el Patronato Nacional de Ciegos.</p> <p>De igual manera, estamos en proceso de elaboración de un vídeo en lenguaje de señas en coordinación con el Instituto de Ayuda al Sordo</p>	
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.</p>	<p>Los procesos nuestros que requieren la coordinación con otras instituciones están identificados, entre estos:</p> <p>Presupuesto acorde a lo establecido por lo organismos rectores. Compras a través de la DIGECOMP Portal de transparencia. Contratos registrados en la Contraloría General. Convenios institucionales con entidades educativas. Estructura organizativa aprobada por el MAP Carta Compromiso aprobada por el MAP Servicio Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública. Ayuntamientos del área de influencia del hospital.</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>Si. Como institución perteneciente al sistema de salud, somos parte de la Red de Servicios Públicos Sistema de referencia y contrareferencia, cumplimos los procesos establecidos por la contraloría, DIGECOMP, tenemos acuerdos con diversas instituciones del área de incidencia del hospital. DE igual manera con diversas universidades, instituciones educativas, juntas de vecino, entre otras.</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>Si. En el HTNAL, se realizan reuniones de trabajo para eficientizar/actualizar/solucionar problemas con las instituciones con las que interactuamos en el mercado de la salud. Ej: Con las empresas distribuidoras de material de osteosíntesis, laboratorio y principalmente con las ARS's y ARL.</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>Si. Hemos establecido acuerdos de trabajo con el Ayuntamiento del Municipio Santo Domingo Norte, con</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.)	<p>En el área de Consulta Externa el 97% de los usuarios se sintió de satisfecho a muy satisfecho con el respeto y amabilidad del personal de enfermería, 94% están entre satisfechos a muy satisfechos con el respeto a su privacidad, 92% percibió que se le trató con respeto.</p> <p>En Hospitalización el 100% de los usuarios se considera de satisfecho a muy satisfecho con el pase de visita. La amabilidad y respeto del personal de enfermería hizo sentir de satisfecho a muy satisfecho al 100% de los entrevistados. 100% percibió que se le trató con respeto.</p> <p>En el servicio de Emergencias el 100% de los usuarios se encuentra entre satisfecho a muy satisfecho con el trato, recibido por el personal de seguridad. Otro 100% se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la amabilidad y respeto por parte del personal de enfermería. 96% percibió que se le trató con respeto</p> <p>En el aspecto relacionado a la claridad de la información y manejo de trámites administrativos los usuarios expresaron estar de satisfecho a muy satisfecho, en Consulta Externa en un 94.2%. En Emergencia en un 93% y en Hospitalización en un</p>	

	<p>100%</p> <p>93% conoce diferentes maneras de programar una cita.</p> <p>Como se demuestra en las tres principales áreas de servicio en el hospital nuestro personal maneja soluciones individuales en concordancia con la imagen global de la organización, que destaca al usuario como Centro del Universo Hospitalario</p> <p>Contamos además con la unidad de atención al usuario quien se encarga de resolver los inconvenientes presentados por los usuarios en las diferentes áreas de prestación de servicios. A través de ésta unidad, del correo institucional y de los buzones se reciben las quejas, sugerencias, felicitaciones.</p>	
<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>98% en el área de consulta se siente de satisfecho a muy satisfecho con el trato y amabilidad del personal en los puntos de atención.</p> <p>93% en el área de consulta se siente de satisfecho a muy satisfecho con la claridad de la información y manejo de trámites administrativos.</p> <p>93% en el área de consulta se siente de satisfecho a muy satisfecho con el interés y agilidad que muestra el médico.</p> <p>100% En el area de emergencia se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la habilidad y respeto de la enfermera.</p> <p>100% en el área de emergencia se siente de satisfecho a muy satisfecho con el interés y agilidad que muestra el médico.</p>	
<p>3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p>	<p>Cuando se realizan las encuestas se toma en cuenta la opinión de los usuarios para mantener lo logrado o para mejorarlo.</p> <p>Los aspectos identificados por los usuarios para ser mejorados son tomados en cuenta por las autoridades y el impacto de estas acciones ha sido evaluado. Ejemplo: alimentos servidos en la cafetería y comedor, otras.</p>	

	<p>En el área de Consulta Externa, el 90% de los usuarios entrevistados respondieron afirmativamente a la pregunta de que si durante la consulta el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o procedimiento.</p> <p>En el área de Emergencia, el 87% de los entrevistados respondió afirmativamente a la pregunta de si durante la consulta, el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o padecimiento.</p> <p>En el área de Hospitalización, el 100% respondió afirmativamente a la pregunta de si durante la hospitalización, el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o procedimiento.</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>Las informaciones del hospital se encuentran disponibles en diferentes fuentes: Oficina de Libre Acceso. SISMAP/Salud Página Web del hospital Intranet. Estas informaciones están disponibles en los formatos establecidos por las instituciones.</p> <p>Evaluaciones del portal de transparencia por encima del 90% NORTIC A2, A3, E1,</p> <p>Disponemos de una página web (http://hospitalneyarias.gob.do), a la que puede acceder el público en general. También nos pueden contactar e informar a través de las redes sociales, como son, Twitter e Instagram.</p> <p>El manejo de las informaciones producidas en la institución se realiza con transparencia y se publican los informes en la carpeta pública a las que se puede acceder a través de la intranet, de manera que todos los empleados tienen acceso a informaciones</p>	

	<p>generales de la institución.</p> <p>En adición a esto el personal de Atención al Usuario imparte charlas informativas en todas las salas de espera.</p> <p>El 94% de los usuarios en Consulta Externa y 100% de emergencia entrevistados considera adecuados los carteles, letreros y señalización del área para orientar a los usuarios y sus familiares.</p>	
5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.	<p>98% usuarios de consulta, se siente de muy satisfecho a satisfecho con la imagen de la institución</p> <p>El nivel de confianza de los usuarios en nuestros servicios queda evidenciada cuando les preguntamos si volvería y si recomendaría el hospital obtuvimos que: en el área de Consulta Externa el 100% de los usuarios entrevistados volvería al hospital y el 99% lo recomendaría. En emergencia el 100% de los usuarios recomendaría el hospital y el 100%. En hospitalización el 100% recomendaría el hospital y el 100% volvería.</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. 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>La ubicación del hospital facilita el acceso rápido a servicios de transporte público (Autobuses, motoconcho, carros de concho), empresas de taxi y el metro.</p> <p>El hospital cuenta con facilidades de acceso para todas las personas y especialmente para usuarios discapacitados que por las características del HTNAL son la mayoría de nuestros usuarios, posee parqueos diferenciados, rampas, área para facilitar el servicio de taxi, ascensor, baños, otros.</p> <p>El 97% se siente satisfecho a muy satisfechos con los horarios disponibles para consulta externa y esto les permite un mayor acceso a los servicios del hospital.</p> <p>En Consulta Externa el 96% considero se siente de satisfecho a muy satisfecho con la rapidez de la atención.</p> <p>Los usuarios de la Emergencia consideraron 96% de poco a aceptable el tiempo</p>	

de espera para recibir asistencia.
No se cobra co-pago por los servicios.

INDICADORES DE CALIDAD CIERRE DEL AÑO 2021

VARIABLES E INDICADORES	METAS AÑOS 2021	RESULTADOS AÑO 2021	NIVEL CUMPLIMIENTO
Reingresos No Programados (Por la misma patología dentro de las 72 horas de la de alta)	5%	0.10%	197.1%
Reingresos No Programados (Por la misma patología de 3 a 30 días de la de alta)	5%	0.60%	187.3%
Reingresos No Programados (Por la misma patología dentro de 12 meses de la de alta)	5%	0.8%	184.4%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la misma patología dentro de las 72 horas de la de alta)	5%	0.00%	200.00%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la misma patología de 3 a 30 días de la de alta)	5%	0.00%	200.00%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la misma patología dentro de 12 meses de la de alta)	5%	0.00%	200.00%

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.).

3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).

Somos un hospital de adultos. En caso de niños que acuden al área de emergencia, garantizamos su atención, en cubículos separados e inmediatamente estos son estabilizados, se refieren a un hospital pediátrico.

En cuanto a los despachos, los Consultorios Médicos están diseñados de manera

	<p>tal que garantizan la privacidad de los usuarios, ya que solo se permite atender una sola persona, independientemente de que estos son bastante amplios y confortables, ya que cuentan con baños privado.</p> <p>En hospitalización las habitaciones están separadas por sexos y en caso de habitaciones comunes (2 personas), por cortinas cieles, de manera que no pueden estar en ninguna de ellas pacientes de ambos sexos.</p> <p>Cumplimos con el mandato constitucional de no discriminación por género, filiación política, credo, raza, nacionalidad, estigmas a los usuarios por enfermedad; esto puede ser constatado en los requisitos técnicos de los cargos para la contratación del personal, así mismo para brindar asistencia a los usuarios. El 63% de nuestros empleados son mujeres y no hacemos discriminaciones ni para la contratación, ni para la atención relacionadas con preferencias sexuales.</p> <p>En relación a los criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención la adversidad (genero, orientación sexual, etc.) en la institución, el 83% de los usuarios internos se siente entre satisfecho a muy satisfecho.</p>	
<p>4. Capacidades de la organización para la innovación.</p>	<p>El hospital cuenta con el call center donde los usuarios pueden programar su cita.</p> <p>Unidad Pre-quirúrgica.</p> <p>Unidad de resonancia magnética.</p> <p>Unidad de reconstrucción ósea.</p> <p>Hemos iniciado programas de residencias médicas en las siguientes áreas:</p> <p>Medicina Física y Rehabilitación.</p> <p>Ortopedia y Traumatología</p> <p>Emergencia</p> <p>Anestesiología</p> <p>Los programas de Sub-especialidad a impartir serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artroscopia y Medicina Deportiva • Cirugía de Columna • Fijación Externa y Reconstrucción Ósea. 	
<p>5. Digitalización en la organización.</p>	<p>Contamos con software para la gestión clínica y administrativa.</p> <p>Software en las áreas de imágenes y laboratorio clínico que permiten visualizar los resultados desde las diferentes áreas de trabajo y en línea</p> <p>Equipos de diagnóstico por imágenes de última generación, incorporando DR a las áreas de imágenes (chasis portátil digital).</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>Hospitalización el 100% consideró de poco a aceptable el tiempo de espera transcurrido desde su llegada a la institución y su ingreso en el área.</p> <p>El tiempo de espera para prestar el servicio, lo presentamos por área:</p> <p>Consulta Externa 35% menos de 30 minutos 30% de 30- 60 minutos 13% 1-2 horas 13% 2-3 horas El 85% lo consideró de poco a aceptable.</p> <p>Emergencia,</p> <p>49% menos de 15 minutos 30% de 15-30 minutos 17% de 30-60 minutos El 96% lo consideró de poco a aceptable</p>	
<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"> 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos. 	<p>QUEJAS Y SUGERENCIAS</p> <p>Con el objetivo de facilitar el acceso a un sistema de reclamos y escuchar las quejas y/o sugerencias de los ciudadanos, hemos establecido los siguientes canales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buzón de quejas y sugerencias: Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias, ha establecido buzones de sugerencias y/o denuncias, en los cuales los usuarios pueden manifestar su experiencia sobre los servicios recibidos. Las respuestas son ofrecidas en un plazo de 15 días laborables. • Sistema 311: Las quejas, reclamos y/o sugerencias realizadas por esta vía, serán tramitadas por la Oficina de Acceso a la Información (OAI). Las respuestas son ofrecidas en un plazo de 15 días laborables. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia de Atención al usuario: El personal encargado de recibir los casos, los va a asignar instancias internas correspondientes, para la solución a cada caso. Las respuestas son ofrecidas en un plazo de 5 días laborables. • Redes Sociales: <ul style="list-style-type: none"> ○ Instagram: Neyariasrd ○ Facebook: Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias <p>El horario del personal administrativo está reglamentado tomando en cuenta la Ley de Función Pública 41-08</p> <p>En el caso del personal de salud el horario varía de acuerdo a las áreas de servicio.</p> <p>El horario de atención en Consulta es de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.</p> <p>El 97% se siente satisfecho a muy satisfechos con los horarios disponibles para consulta externa y esto les permite un mayor acceso a los servicios del hospital.</p> <p>El hospital, tiene acuerdo de venta de servicios con las siguientes ARS's SENASA ARL SEMMA Universal PALIC, CMD Entre otras. Y el usuario NO PAGA NIGUNA DIFERENCIA.</p>	
<p>4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.</p>	<p>MEDIDAS DE SUBSANACIÓN: En caso de que la institución presente incumplimiento con los estándares de calidad, servicios y plazos declarados en esta carta, el ciudadano podrá realizar su declaración ante la unidad responsable.</p> <p>A los fines de subsanar la reclamación presentada, el ciudadano recibirá una comunicación firmada de la máxima autoridad de la institución, en un plazo no mayor de 10 (diez) días hábiles, ofreciendo disculpas e informando las razones del incumplimiento y las medidas a tomar en su caso para la solución y/o evitar recurrencia.</p>	

<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.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="709 131 930 256">INDICADORES</th> <th data-bbox="940 131 1077 256">METAS GENERALES 2021</th> <th data-bbox="1087 131 1241 256">RESULTADOS GENERALES 2021</th> <th data-bbox="1251 131 1413 256">Nivel Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" data-bbox="709 264 1413 329" style="text-align: center;">EFICIENCIA</td> </tr> <tr> <td data-bbox="709 337 930 467">Rendimiento de Consulta Externa.</td> <td data-bbox="940 337 1077 467">80%</td> <td data-bbox="1087 337 1241 467">72.8%</td> <td data-bbox="1251 337 1413 467">91.0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="709 475 930 605">Tasa de Ocupación Hospitalaria (%)</td> <td data-bbox="940 475 1077 605">80%</td> <td data-bbox="1087 475 1241 605">83.8</td> <td data-bbox="1251 475 1413 605">104.7%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="709 613 930 703">Promedio de Estadía (Día)</td> <td data-bbox="940 613 1077 703">5</td> <td data-bbox="1087 613 1241 703">5.0</td> <td data-bbox="1251 613 1413 703">100.0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="709 711 930 922">Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados</td> <td data-bbox="940 711 1077 922">80%</td> <td data-bbox="1087 711 1241 922">68.3%</td> <td data-bbox="1251 711 1413 922">85.4%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="709 930 930 1092">% Cumplimiento Comportamiento Ingresos Presupuestarios</td> <td data-bbox="940 930 1077 1092">90%</td> <td data-bbox="1087 930 1241 1092">68.0%</td> <td data-bbox="1251 930 1413 1092">75.6%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="709 1101 930 1230">Índice de Rotación de Camas</td> <td data-bbox="940 1101 1077 1230">48</td> <td data-bbox="1087 1101 1241 1230">68</td> <td data-bbox="1251 1101 1413 1230">142.0%</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	METAS GENERALES 2021	RESULTADOS GENERALES 2021	Nivel Cumplimiento	EFICIENCIA				Rendimiento de Consulta Externa.	80%	72.8%	91.0%	Tasa de Ocupación Hospitalaria (%)	80%	83.8	104.7%	Promedio de Estadía (Día)	5	5.0	100.0%	Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados	80%	68.3%	85.4%	% Cumplimiento Comportamiento Ingresos Presupuestarios	90%	68.0%	75.6%	Índice de Rotación de Camas	48	68	142.0%	
INDICADORES	METAS GENERALES 2021	RESULTADOS GENERALES 2021	Nivel Cumplimiento																															
EFICIENCIA																																		
Rendimiento de Consulta Externa.	80%	72.8%	91.0%																															
Tasa de Ocupación Hospitalaria (%)	80%	83.8	104.7%																															
Promedio de Estadía (Día)	5	5.0	100.0%																															
Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados	80%	68.3%	85.4%																															
% Cumplimiento Comportamiento Ingresos Presupuestarios	90%	68.0%	75.6%																															
Índice de Rotación de Camas	48	68	142.0%																															
<p>6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.</p>	<p>Si, la misma es acorde a los servicios que ofertamos siendo un hospital de trauma de tercer nivel, visualizando el paciente como centro del universo y nuestra responsabilidad de brindar una atención integral.</p>																																	
<p>7. Índice de Satisfacción de Usuarios.</p>	<p>Mayo 2022 95%</p>																																	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Intranet 2) Página web http://hospitalneyarias.gob.do 3) Call center 4) Programas de prensa, radio y TV 5) Recepción 6) Charlas y encuentros 7) Murales 8) Brouchur 9) Afiches y pancartas 10) Revistas 11) Facebook 12) Twitter 13) Instagram 14) WhatsAPP 	
<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>En la Ley General de Salud (42-01) se establecen los derechos de los ciudadanos con relación a la salud. En los literales e y f de dicha ley, del artículo 28, capítulo IV, se establecen los derechos de los usuarios en relación a la información.</p> <p>En nuestro hospital cumplimos fielmente el mandato de la ley. En todos los lugares de acceso al público del hospital se pueden visualizar carteles que promueven los derechos y deberes de los usuarios.</p> <p>El archivo del hospital cuenta con el historial clínico de los pacientes, quienes tienen acceso a su expediente, tal como lo establece la ley.</p> <p>A través de la Oficina de Libre Acceso a la</p>	

información, se pueden solicitar y obtener las informaciones relacionadas con los aspectos administrativos del hospital.

Las informaciones relacionadas con los datos de producción están disponibles en el intranet de la institución, donde el personal gerencial tiene acceso.

Por ser nuestra una Prestadora de Servicios de Salud (PSS), el marco legal que rige las instituciones de esta naturaleza es la Ley General de Salud y la Ley de Seguridad Social, y está claramente establecido entre los objetivos institucionales, el cumplimiento del marco legal vigente.

La Oficina de Libre Acceso a la Información, en la que los usuarios pueden solicitar cualquier tipo de información de acuerdo a lo establecido en la ley que crea esta oficina (Ley 200-04).

SISMAP/SALUD

Portal de Compras

Comité de Compras

Publicación de informe Plan Estratégico

Publicación de informes cuatrimestrales.

El nivel de confianza de los usuarios en nuestros servicios queda evidenciada cuando les preguntamos si volvería y si recomendaría el hospital obtuvimos que: en el área de **Consulta Externa** el **100%** de los usuarios entrevistados **volvería al hospital** y el **99% lo recomendaría**. En **emergencia** el **100%** de los usuarios **recomendaría el hospital** y el **100%**. En **hospitalización** el **100% recomendaría** el hospital y el **100%** volvería.

En el **Manual de Procesos** posee definido el o los, responsables de cada una de las gestiones de las actividades que componen los procesos cada área. De ahí que la información está disponible en cada lugar donde se realiza el proceso, así como también se puede acceder a estas informaciones a través de la Intranet.

	<p>La página web de la institución muestra de la cartera de servicios en la que los usuarios pueden visualizar la disponibilidad de los mismos con los distintos horarios usuarios pueden visualizar la disponibilidad de los mismos con los distintos horarios.</p> <p>A la entrada del hospital, en el Lobby principal se encuentra un enorme TV, en el cual está desplegada la cartera de servicios, horarios, entre otras informaciones.</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>Se realiza el seguimiento mensual utilizando una matriz interna de monitoreo.</p> <p>Cada 4 meses se realiza un informe que se coloca en la carpeta publica del hospital.</p> <p>Cada mes se remite el formulario de producción</p> <p>El manejo de las informaciones producidas en la institución se realiza con transparencia y se publican los informes en la carpeta pública a las que se puede acceder a través de la intranet, de manera que todos los empleados tienen acceso a informaciones generales de la institución.</p> <p>En adición a esto el personal de Atención al Usuario imparte charlas informativas en todas las salas de espera.</p> <p>El 94% de los usuarios en Consulta Externa y 100% de emergencia entrevistados considera adecuados los carteles, letreros y señalización del área para orientar a los usuarios y sus familiares.</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>Al realizar periódicamente reuniones colegiadas, las opiniones de nuestros clientes son tomadas en cuenta mediante las notas depositadas en los buzones de sugerencia, las visitas, servicio al usuario, la encuesta periódicas de satisfacción, los grupos focales nos permite medir y mejorar los procesos.</p> <p>Los aspectos identificados por los usuarios para ser mejorados son tomados en cuenta por las autoridades y el impacto de estas acciones ha sido evaluado. En atención a esto, se han incorporado durante este 2021, el servicio de resonancia magnética nuclear, reconstrucción ósea, se reubicaron áreas de servicios entre otros.</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>El hospital cuenta con el</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- Call center 1- Unidad Pre-quirúrgica. 1-Unidad de resonancia magnética. 1- Unidad de reconstrucción ósea 	
<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>En los servicios ofrecidos en el centro se respeta el derecho a la privacidad de los usuarios, garantizando las normas relacionada con los derechos de los usuarios, género y diversidad.</p> <p>Cumplimos con el mandato constitucional de no discriminación por género, filiación política, credo, raza, nacionalidad, estigmas a los usuarios por enfermedad; esto puede ser constatado en los requisitos técnicos de los cargos para la contratación del personal, así mismo para brindar asistencia a los usuarios. El 63%de nuestros empleados son mujeres y no hacemos discriminaciones ni para la contratación, ni para la atención relacionadas con preferencias sexuales.</p> <p>En relación a los critérios de justicia, igualdad de</p>	

oportunidades y atención la adversidad (genero, orientación sexual, etc.) en la institución, el **83%** de los usuarios internos se siente entre satisfecho a muy satisfecho.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. 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>La información de imágenes y laboratorio llega de manera oportuna al expediente clínico del paciente, con lo que aumenta la satisfacción del médico y del usuario. El tiempo de preparación de los pacientes para procedimientos electivos se ha reducido significativamente.</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>En nuestras redes sociales, se puede evidenciar el grado de participación de los usuarios en la organización. Participan de la realización de las encuestas.</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
1. 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>La imagen externa que tiene la organización hace sentir al 98% de los usuarios de Consulta Externa, 100% en hospitalización y 100% en emergencia, muy satisfecho a satisfecho.</p> <p>85% de los usuarios internos, se siente de muy satisfecho a satisfecho con la imagen externa que tiene la organización</p> <p>86% considera que la institución es un ejemplo a seguir.</p> <p>89% de los usuarios internos, se siente de muy satisfecho a satisfecho con el hecho de que la institución es un ejemplo a seguir</p>	
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.	<p>De los usuarios internos el 74% considera que contribuye en la identificación y solución de los problemas. También el 60% se siente de satisfecho a muy satisfecho cuando le preguntamos que cómo le hace sentir su participación y/o revisión y actualización de los procesos y protocolos de trabajo.</p> <p>Las informaciones brindadas al entrar a la institución sobre la misión, visión y valores hace que el 90% se</p>	

	<p>siente de satisfecho a muy satisfecho.</p> <p>Cuando investigamos a los entrevistados que como se siente con el cumplimiento del Hospital de los fundamentos (misión, visión y valores), el 90% se siente de satisfecho a muy satisfecho.</p>	
3. La participación de las personas en las actividades de mejora.	<p>Consejo de Administración Reuniones con las Unidades de Servicio. Comité de Emergencias y Desastres. Comité Fármaco -terapéutico. Comité de Compras. Reuniones Monitoreo SISMAP/SALUD Reuniones Monitoreo Plan Estratégico/POA</p> <p>Nuestro personal, se destaca por la voluntad para enfrentarse con flexibilidad y versatilidad ante situaciones nuevas y para aceptar los cambios de forma positiva y constructiva, es así como vemos que el 82% de los usuarios internos consideran que la organización se caracteriza por su capacidad de adaptarse a los cambios.</p>	
4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.	<p>En términos generales el nivel de concienciación en relación a los conflictos de intereses es alto, ya que no ha sido registrado este tipo de situaciones en la institución, gracias al hecho de que contamos con manuales de procesos y protocolos de procedimiento que claramente establecen los niveles y responsabilidades de cada persona dentro de la institución, lo que garantiza que al momento de la toma de decisiones estas se sustentan en criterios técnicos objetivos y el manejo de las informaciones producidas en la institución se realiza con transparencia y se publican los informes en la carpeta pública.</p> <p>Cuando se le pregunto cómo se sentían con la forma de control de las autoridades y gerentes con el conflicto de intereses, código de ética, el 84%, se siente entre satisfecho a muy satisfecho.</p> <p>En vista de que tanto en los manuales de organización como en el manual de inducción se establecen claramente las disposiciones generales y las normas reglamentaria que rigen la institución</p>	

	<p>podemos decir que las soluciones en el HTNAL están orientadas más a evitar la aparición de conflictos, lo que demuestra el hecho de que conflictos de interés como tal, no se han presentado.</p> <p>Comité de Compras. Código de Ética. Oficina de Libre Acceso a la Información</p>	
<p>5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.</p>	<p>El 81% de los usuarios internos está entre satisfecho a muy con la forma en que las autoridades atienden sus quejas y dificultades personales.</p> <p>El 97% refiere estar entre satisfecho a muy satisfecho con el trato ofrecido por su supervisor y por las autoridades del hospital.</p> <p>Las soluciones a algunas situaciones que podría llegar a convertirse en conflictos si no hubiesen sido abordadas a tiempo, son muy variadas y se hacen siempre resolviendo las situaciones concretas que se presentan mediante el dialogo con participación de todos los involucrados y el subdirector del área correspondiente cuando así lo requiera el caso.</p> <p>A través de las diferentes estrategias y actividades desarrolladas por nuestra institución nos permite la integración en la generación de opinión y toma decisiones de los grupos de interés. Actividades como:</p> <p>Grupos Internos: Participación en reuniones de trabajos, comités y reuniones colegiadas, encuestas de satisfacción usuarios internos, entrega de guardias. Durante la realización del plan Estratégico realizamos un análisis FODA a cada objetivo y este es realizado por siete grupos de trabajo conformados por diferentes personas y grupos profesionales.</p> <p>Grupos Externos: A través del servicio de atención al usuario, buzones de quejas y sugerencias, encuestas de satisfacción de usuarios externos,</p>	

	comunicaciones, grupos focales.	
6. La responsabilidad social de la organización.	Con las comunidades, asociaciones y clubes de la zona desarrollamos actividades de promoción, prevención y cuidados de la salud a través de charlas y jornadas médicas, programas de educación para la prevención de accidentes de tránsito; para la coordinación y realización de estas actividades similares a éstas, que también realizamos dentro del hospital, contamos con los servicios de la Gerencia de Atención al Usuario.	
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	<p>El enfoque de organización y gestión hospitalaria de “El Hospital del Futuro” constituye una verdadera innovación en el sistema de salud en la República Dominicana y especialmente en la red pública de prestación de servicios de salud.</p> <p>Este modelo de gestión, introduce en el entorno hospitalario una cultura de trabajo basada en la estandarización, organización, en el monitoreo y evaluación del cumplimiento de las disposiciones establecidas, valoración y análisis de los resultados, no sólo en términos de costo o eficacia de los procedimientos, sino en lo relativo a la mejoría y/o impacto en la prevención y cuidados de la salud y satisfacción de los usuarios.</p> <p>De ahí que en el HTNAL, existe una cultura de apertura a la innovación e incorporación de nuevas tecnologías.</p> <p>Hemos sido pioneros en la propuesta de una estructura organizativa para la gestión, en la que introducimos elementos como la Subdirección de Planificación, Subdirección de Servicios Generales de Apoyo, dirigida por una persona con perfil de hotelería, Subdirección Académica, entre otras, con el objetivo de eficientizar la gestión y el conocimiento desarrollado por nuestros profesionales, que tradicionalmente se realizaba de manera individual;</p> <p>La incorporación de programas de residencia con el objetivo incorporar nuevos especialistas al mercado de la salud con capacidad para la realización de</p>	

	<p>intervenciones y procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores, garantizando la realización de actividades de investigación y transferencia de resultados a la práctica clínica fomentando el desarrollo de la metodología científica y de la medicina basada en la evidencia.</p> <p>Apoyamos actividades de investigación como una práctica cotidiana.</p> <p>Implementamos programa de colaboración entre los centros de investigación biomédica a través de la Fundación Cheer Up Misión, Fundación Sonrisas y Fundación Montilla y el hospital para la donación de prótesis externas a usuarios de escasos recursos.</p>	
<p>8. El impacto de la digitalización en la organización.</p>	<p>En la actualidad tenemos alrededor de 200 computadoras instaladas en las diferentes áreas de trabajo de nuestra institución, éstas son utilizadas en los diferentes turnos de trabajo, razón por la que podemos decir que gran parte de nuestro personal tiene el acceso y hace uso de la tecnología.</p> <p>En todas las áreas de trabajo se desarrollan procesos que por sus características requieren el uso constante de tecnologías de información, razón por la cual todas las computadoras tienen acceso a Internet, incluyendo las áreas de servicios generales (limpieza, mantenimiento, etc.).</p> <p>El impacto de la digitalización de los procesos es evidente en los niveles de satisfacción con los procesos de atención en las diferentes áreas.</p>	
<p>9. La agilidad en los procesos internos de la organización.</p>	<p>Los procesos generales de la organización, están diseñados de manera continua, es decir desde que el paciente entra al hospital a demandar un servicio en la medida que requiere pasar a diferentes áreas, se identifica las actividades y tareas que necesita, quien es el responsable y como se realiza la actividad, todo esto en el interés de garantizar la agilidad de los procesos internos.</p> <p>88% de los colaboradores, están de satisfechos a muy satisfechos con la manera en que se cumplen</p>	

	los procesos y protocolos.	
--	----------------------------	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo: estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.</p>	<p>En el Plan Estratégico se visualizan los objetivos y los acuerdos de desempeño.</p> <p>El 86% de los usuarios internos reconocen que la institución por su manera de ser gestionada es un modelo a seguir.</p> <p>El cumplimiento y protección de los derechos generales de los empleados por parte de las autoridades hace que el 76% se siente de muy satisfecho, a satisfecho.</p> <p>En cuanto a la capacidad para comunicarse, lo hacemos por diferentes medios como por escrito a través de memorándums internos, correspondencias externas, reuniones con el personal por áreas o general, vía e-mail entre otras.</p> <p>A la pregunta de si su superior inmediato lo mantiene informado de los asuntos que competen a su trabajo, el 90% dijo que sí, de igual manera el 83% respondió afirmativamente a la pregunta cuando se realizan cambios y/o actualización de procedimientos o nuevas disposiciones a usted se le informa y las razones de estas</p>	
<p>2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.</p>	<p>Contamos con la gran mayoría de informaciones necesarias para el personal realizar su trabajo y estas informaciones son administradas a través de charlas a los empleados de nuevo ingreso, así como también a cada uno de nuestros empleados y cada una de las sub-direcciones y gerencias cuentan con los Manuales de protocolos de procedimientos donde se encuentran las informaciones de cómo realizar sus actividades, al igual que con el Manual de Procesos Generales donde se encuentran las</p>	

	<p>actividades, responsables de la tarea, área donde se debe realizar y la forma realizar la tarea.</p>	
<p>3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.</p>	<p>Manual de Funciones Protocolos en cada área Manual de Inducción</p> <p>El 69% conoce la existencia de parámetros para valorar el personal de acuerdo a su desempeño. El 56% conoce la existencia de criterios definidos para realizar promoción del personal. El 81% considera usted que su jefe conoce sus puntos fuertes y los aprovecha en beneficio de la institución El 64% considera que la carga en su área está distribuida equitativamente (bien repartida)</p>	
<p>4. La gestión del conocimiento.</p>	<p>Contamos con la gran mayoría de informaciones necesarias para el personal realizar su trabajo y estas informaciones son administradas a través de charlas a los empleados de nuevo ingreso, así como también a cada uno de nuestros empleados y cada una de las sub-direcciones y gerencias cuentan con los Manuales de protocolos de procedimientos donde se encuentran las informaciones de cómo realizar sus actividades, al igual que con el Manual de Procesos Generales donde se encuentran las actividades, responsables de la tarea, área donde se debe realizar y la forma realizar la tarea.</p> <p>Contamos con una subdirección académica, responsable de coordinar los aspectos relacionados con investigaciones médicas realizadas en el hospital.</p> <p>Cada año se realizan dos jornadas científicas una médica y otra de enfermería, donde se presentan investigaciones realizadas con datos y casos clínicos del hospital.</p> <p>En la Subdirección de Planificación se gestionan todos los datos de producción del hospital: Estadísticas hospitalarias, datos epidemiológicos, datos e informaciones generales de registro al</p>	

	<p>ingreso del paciente entre otros.</p> <p>A nivel financiero, trabajamos para la optimización de costos administrativos y la mejora en la satisfacción en el trabajo y en las atenciones a los usuarios.</p> <p>En definitiva para la gestión de los conocimientos tenemos cultura de recoger, analizar y evaluar las informaciones de producción y sistematizar la protección de las mismas, para ser utilizadas para la toma de decisiones.</p>	
<p>5. La comunicación interna y las medidas de información.</p>	<p>El 81% de los usuarios internos está entre satisfecho a muy con la forma en que las autoridades atienden sus quejas y dificultades personales.</p> <p>El 97% refiere estar entre satisfecho a muy satisfecho con el trato ofrecido por su supervisor y por las autoridades del hospital.</p> <p>Las soluciones a algunas situaciones que podría llegar a convertirse en conflictos si no hubiesen sido abordadas a tiempo, son muy variadas y se hacen siempre resolviendo las situaciones concretas que se presentan mediante el dialogo con participación de todos los involucrados y el subdirector del área correspondiente cuando así lo requiera el caso.</p> <p>A través de las diferentes estrategias y actividades desarrolladas por nuestra institución nos permite la integración en la generación de opinión y toma decisiones de los grupos de interés. Actividades como:</p> <p>Grupos Internos: Participación en reuniones de trabajos, comités y reuniones colegiadas, encuestas de satisfacción usuarios internos, entrega de guardias. Durante la realización del plan Estratégico realizamos un análisis FODA a cada objetivo y este es realizado por siete grupos de trabajo conformados por diferentes personas y grupos profesionales.</p> <p>Grupos Externos: A través del servicio de atención al usuario, buzones de quejas y sugerencias, encuestas de satisfacción de usuarios externos, comunicaciones.</p>	

<p>6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.</p>	<p>Para los reconocimientos individuales se realizan reconocimientos cada mes y durante las jornadas científicas y de enfermería, día de la secretaria.</p> <p>Como reconocimiento a los equipos de trabajo, se entregan incentivos monetarios al personal.</p> <p>En el período julio- diciembre fueron distribuido RD\$18,027,747.80 por concepto de incentivos entre todo el personal.</p> <p>A la fecha han sido reconocidos los colaboradores: Daniel Reyes Torres, Luisa Duverge, Alvaro Osoria,</p>	
<p>7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.</p>	<p>El enfoque de organización y gestión hospitalaria de “El Hospital del Futuro” constituye una verdadera innovación en el sistema de salud en la República Dominicana y especialmente en la red pública de prestación de servicios de salud.</p> <p>Este modelo de gestión, introduce en el entorno hospitalario una cultura de trabajo basada en la estandarización, organización, en el monitoreo y evaluación del cumplimiento de las disposiciones establecidas, valoración y análisis de los resultados, no sólo en términos de costo o eficacia de los procedimientos, sino en lo relativo a la mejoría y/o impacto en la prevención y cuidados de la salud y satisfacción de los usuarios</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.</p>	<p>La Dirección General se auxilia de los estudios realizados de las evaluaciones del desempeño técnico del personal para así promover estrategia de recursos humanos y del desarrollo de las capacidades y conocimientos. Por lo cual podemos</p>	

	<p>observar en el documento del Plan Estratégico las necesidades de capacitación del personal para el cumplimiento de las metas de manera particular por gerencias y en general de la institución.</p> <p>Las metas de la organización se encuentran plasmadas en el plan estratégico el cual se encuentra publicado en la intranet del hospital, por lo que los empleados pueden consultar cada vez que quieran y desde cualquier lugar.</p> <p>El 81% considera usted que su jefe conoce sus puntos fuertes y los aprovecha en beneficio de la institución.</p> <p>El 64%, opinó que tiene facilidades para la educación continuada.</p> <p>Las buenas condiciones de trabajo, están garantizadas, pues en las áreas críticas de servicio, (donde se requiere personal 24 horas), existen confortables áreas de descanso, servicios sanitarios higiénicos, temperatura y calidad del aire acondicionado, asientos ergonómicos etc. En el reporte de evaluación de satisfacción de los usuarios internos claramente se evidencian la valoración de los mismos a las condiciones de trabajo. En la Encuesta realizada, los aspectos relacionados con características de medio ambiente laboral, confort e higiene fue de 65.5%</p> <p>Cuando se le pregunto a los usuarios internos que si cree que la institución trata de mantener y mejorar las condiciones de tu puesto de trabajo, el 71% dijo que sí. Respecto a si cuentan con los materiales mínimos para realizar su trabajo el 87% dijo que sí.</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>Las características de nuestro servicios (horarios y turnos rotativos en la mayoría de las áreas) nos permiten armonizar los turnos de trabajo, días libres, vacaciones permiten de forma que permita a nuestros empleados conciliar el trabajo con la</p>	

	<p>familia, de ahí que se puede comprobar que un empleado que amanece trabajando, le corresponde el día siguiente libre, además de que los turnos de trabajo son de 8 horas.</p> <p>Es así como el 60% se sienten de satisfecho a muy satisfechos con las actividades de recreación con su equipo de trabajo.</p> <p>Con las Condiciones de trabajo para conciliar la vida laboral y familiar, los usuarios internos se sienten en un 86% entre satisfechos y muy satisfechos.</p> <p>Entre las actividades desarrolladas para garantizar la conciliación de la vida laboral y familiar destacamos: Realización de charlas sobre cómo vivir en familia, prevención de la violencia intrafamiliar, Ley General de Salud, Prevención de Enfermedades transmitidas por vectores, entre otros temas.</p> <p>En fechas importantes, realizamos actividades conmemorativas y celebraciones tales como: Día de la secretaría, día de la enfermera, día del Bioanalistas, navidad, celebración de cumpleaños, misa semanal entre otros.</p>	
<p>3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.</p>	<p>En relación a los criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la adversidad (género, orientación sexual, etc.) en la institución el 83% se siente entre satisfecho a muy satisfecho.</p> <p>64% considera la carga de trabajo está repartida equitativamente.</p> <p>El 81% considera usted que su jefe conoce sus puntos fuertes y los aprovecha en beneficio de la institución.</p>	
<p>4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.</p>	<p>La Dirección General se auxilia de los estudios realizados de las evaluaciones del desempeño técnico del personal para así promover estrategia de recursos humanos y del desarrollo de las capacidades y conocimientos. Por lo cual podemos</p>	

	<p>observar en el documento del Plan Estratégico las necesidades de capacitación del personal para el cumplimiento de las metas de manera particular por gerencias y en general de la institución.</p> <p>Las metas de la organización se encuentran plasmadas en el plan estratégico el cual se encuentra publicado en la intranet del hospital, por lo que los empleados pueden consultar cada vez que quieran y desde cualquier lugar.</p> <p>97% se siente de satisfecho a muy satisfecho con relación a los criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo, género, orientación sexual, discapacidad, edad, raza, religión, preferencia política) en la institución.</p> <p>84% se siente de satisfecho a muy satisfecho con la forma de control de las autoridades y gerentes con el conflicto de intereses, código de ética</p> <p>El 81% considera usted que su jefe conoce sus puntos fuertes y los aprovecha en beneficio de la institución.</p> <p>El 64%, opinó que tiene facilidades para la educación continuada.</p>	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.</p>	<p>Para el desarrollo de competencias en nuestra institución, utilizamos como estrategia las funciones y responsabilidades establecidas y las habilidades desarrolladas y conocimientos adquiridos por los colaboradores.</p> <p>Implementamos y damos seguimiento a un plan anual de capacitación para dotar a las personas de las competencias necesarias que nos permitan</p>	

	<p>alcanzar los objetivos. 84% conoce la existencia de un plan de capacitación 78% considera que el Plan de Capacitación toma en cuenta sus necesidades como empleado 90% se siente de muy satisfecho a satisfecho con la capacitación recibida en la institución en cuanto a la forma de cómo debe realizar correctamente su trabajo. 84% de los usuarios internos, ha tenido facilidades para la capacitación.</p>	
<p>2. Nivel de motivación y empoderamiento.</p>	<p>Cada cuatro meses se realiza el informe cuatrimestral el cual es presentado por las autoridades del hospital como mecanismo de rendición de cuentas al personal del hospital y grupos de interés. En este informe se presentan las informaciones relacionadas con el nivel de cumplimiento de las metas de producción, informe financiero, informes de encuestas de satisfacción, comportamiento de recursos humanos, entre otros aspectos. Se aprovecha la ocasión para animar y motivar al personal aprovechar las oportunidades de mejoras, pero también a continuar lo que se está haciendo bien.</p> <p>Como parte del empoderamiento, destacamos la delegación del Director General en la Dirección Médica, en caso de ausencia o representación en actos oficiales y presidencia de comités: calidad, ética, Compras y Contrataciones, Infecciones entre otros.</p> <p>En fechas especiales se realizan reconocimientos al personal (medico, Bionalista, enfermeras, trabajador, secretaria, farmacéutico entre otros).</p>	
<p>3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.</p>	<p>La Dirección General se auxilia de los estudios realizados de las evaluaciones del desempeño técnico del personal para así promover estrategia de recursos humanos y del desarrollo de las capacidades y conocimientos. Por lo cual podemos observar en el documento del Plan Estratégico las necesidades de capacitación del personal para el cumplimiento de las metas de manera particular por gerencias y en general de la institución.</p>	

Tenemos establecido convenios de capacitación y rotación de personal con otros hospitales e instituciones de formación especializada, así como universidades e instituciones del estado.

Más del **64%** de los usuarios internos, ha tenido facilidades para la capacitación.

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. 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>Promedio 1.3% absentismo y baja laboral en el periodo 2021. 86 nuevos colaboradores 69 sustituciones 2 Fallecidos 1 Reposición Promedio general es de 8.4 % de rotación del personal (Traslados y ascensos). 1,517 licencias medicas 32 cancelaciones y 68 renunciaciones.</p>	
<p>2. Nivel de participación en actividades de mejora.</p>	<p>Excelente el 99% de los empleados invitados a participar en las encuestas de personal y en las propuestas de mejoras dan su consentimiento. No contamos con tasa de rechazo.</p> <p>El número de propuesta de mejora totalizó 3 propuestas las cuales se refieren en términos generales condiciones físicas y equipos para realizar el trabajo.</p> <p>Cada año nuestro Plan Estratégico es realizado contando con la participación de todos los representantes de cada una de las áreas generales, administrativas y de</p>	

	<p>producción, para conjuntamente buscar soluciones y presentar propuestas de mejoras.</p> <p>Tenemos siete grupos de trabajo permanente (uno para cada objetivo estratégico), que tienen la responsabilidad de dar seguimiento al Plan de Mitigación de Riesgos cuyo fin es el de corregir Debilidades y Control de Amenazas.</p> <p>Así como también quincenalmente se realizan las reuniones del Concejo de Administración para buscar soluciones y dar seguimiento a propuestas planteadas.</p> <p>En la institución se toman en cuenta los diferentes grupos de interés para la planificación, definición de objetivos, a través de entrevistas con estos y encuestas realizadas, es así como el director del hospital, realiza con frecuencia intercambios con líderes políticos, empresarios y representantes de organizaciones de base y comunitaria, a quienes se les presenta el modelo de gestión.</p>	
<p>3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.</p>	<p>No se registraron casos de conflictos en la subdirección RRHH.</p>	
<p>4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.</p>	<p>Con las comunidades, asociaciones y clubes de la zona desarrollamos actividades de promoción, prevención y cuidados de la salud a través de charlas y jornadas médicas, programas de educación sobre la familia, programas de educación para la prevención de accidentes de tránsito; para la coordinación y realización de estas actividades similares a éstas, que también realizamos dentro del hospital, contamos con los servicios de la Gerencia de Atención al Usuario.</p>	
<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</p>	<p>Cada puesto de trabajo en la institución cuenta con el perfil técnico correspondiente al nivel del cargo, por lo que nuestros empleados son evaluados y contratados en base a estos perfiles técnicos, así mismo en los manuales de organización de cada una de las gerencias, están definidas las funciones y responsabilidades de cada cargo.</p> <p>De igual manera la entrevista y selección del personal se realiza mediante la utilización de un instrumentos estructurado para la entrevista-selección, que permite seleccionar el mejor personal.</p>	

los ciudadanos/clientes).	<p>Además periódicamente se realizan evaluaciones de desempeño técnico. Los indicadores de calidad del hospital son la mejor muestra de las capacidades para responder a las necesidades de los ciudadanos.</p> <p>Se han impartido 42 horas de formación dedicadas a la atención.</p>	
---------------------------	--	--

AÑO	QUEJAS RECIBIDAS	QUEJAS PROCESADAS	QUEJAS NO PROCESADAS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS
2021	149	103	48	99	34

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>Resultados de Indicadores relacionados con: 1. El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.</p>	Solo se realiza a nivel de las gerencias médicas (productividad)	Realizar una vez al año la medición al rendimiento individual para el personal de las áreas administrativas y generales.
1. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.	Cada puesto de trabajo que necesita un equipo de informática, cuenta con su unidad, es decir que alrededor de un 90% de personas tiene acceso al uso de herramientas digitales de información.	
2. 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).	Alrededor de un 80% de tasa de éxito de las actividades y un 90% de participación de los convocados.	
3. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.	Se realizan actividades de reconocimiento dos veces al año, de manera individual y reconocimientos por equipo una vez al año.	

--	--	--

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>I. 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>El área de influencia geográfica del hospital es el Municipio Santo Domingo Norte, ubicado en la margen norte del río Isabela, todavía en buena parte rural y semi-rural, compuesto por el Distrito Municipal de La Victoria y las secciones de Villa Mella, Sabana Perdida y Los Guaricanos (zona urbana), caracterizados por la extrema pobreza de sus habitantes, quienes hasta la instalación de este centro para recibir asistencia de traumatología y ortopedia debían trasladarse al Hospital Dr. Darío Contreras, ubicado en el municipio de Santo Domingo Este, o en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana en el municipio de Santo Domingo Oeste.</p> <p>Este es el primer hospital instalado en el municipio de Santo Domingo Norte, en la denominada Ciudad de la Salud que consiste en un complejo de cuatro modernas infraestructuras hospitalarias independientes, ubicadas dentro de un mismo espacio de terreno.</p>	

	<p>La instalación de este hospital se traduce en una mayor seguridad para los usuarios, teniendo como impacto social un aumento de la sobrevivencia de los usuarios accidentados y una disminución sustancial de discapacidades derivadas de las atenciones de salud, ya que los usuarios empezaron a acudir al hospital donde se les garantiza atención especializadas, oportunas, con calidad y seguridad.</p>	
<p>2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.</p>	<p>La institución posee un excelente posicionamiento en la sociedad, lo cual se evidencia por los reconocimientos otorgados por diferentes instituciones y los clientes ciudadanos.</p> <p>Fuimos galardonados con el primer lugar del Ranking Nacional de Hospitales, en la cual participaron 199 hospitales.</p> <p>En nuestra institución trabajan un total de 1,182 personas y a todos nuestros asociados y socios comerciales, se les realizan los descuentos correspondientes a pago de impuestos legalmente establecidos, así mismo pagamos los nuestros, con lo que contribuimos como empleadores, contribuyentes y en la retención de arbitrios.</p>	
<p>3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.</p>	<p>En relación al impacto social en los recursos económicos de la familia de la región, el hospital ha tenido un impacto significativo, ya que las tarifas de los servicios ofertados son los más bajos de la zona. Muchos de los usuarios que acuden a demandar los servicios reciben estos de manera gratuita.</p> <p>En relación al mercado de trabajo un 40 % de los empleados residen en sectores del municipio Santo Domingo Norte, esto representó un aumento sustancial de la oferta de trabajo en la zona y desde el punto de vista económico.</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>El hospital por la estrategia de participación que ha desarrollado cuenta con un alto grado la valoración en este aspecto por los clientes ciudadanos. El hospital cumple con el principio de universalidad en el sentido de que se atiende a toda persona que acude en búsqueda de servicios.</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>El hospital cumple con las normas medioambientales y de manejo de desechos biológicos. Si comparamos nuestros protocolos de procedimientos ejecutados por la Gerencia de Limpieza y Manejo de Desechos Biológicos, y su personal, así como las normas de manejo de los desechos hospitalarios del Ministerio de Medio Ambiente y del Ministerio de Salud Pública, el hospital cumple con el 98%.</p>	
<p>6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.</p>	<p>Como hospital hemos tomado la iniciativa de organizar varias campañas de prevención de accidentes, siendo la última de estas la denominada “Aférrate a la Vida”, en la que se distribuyeron t-shirt, brochure, afiches y se impartieron charlas en los diferentes áreas del hospital.</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>Con las comunidades, asociaciones y clubes de la zona desarrollamos actividades de promoción, prevención y cuidados de la salud a través de charlas y jornadas médicas, programas de educación sobre la familia, programas de educación para la prevención de accidentes de tránsito; para la coordinación y realización de estas actividades similares a éstas, que también realizamos dentro del hospital, contamos con los servicios de la Gerencia de Atención al Usuario.</p>	
<p>8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.</p>	<p>2021 99 Felicitaciones 34 sugerencias.</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>Cumplimos con la Ley 64-00 sobre medio ambiente y recursos naturales y con la ley de manejo de desechos y materiales</p> <p>1. Energía Eléctrica Con relación a la tasa de ahorro de energía, en una institución de salud que opera las 24 horas es de un 20%, considerando que los equipos que posee la institución deben mantenerse energizados constantemente ya que se pueden descalibrar y que la cantidad de equipos que posee la institución, actualmente no existe en el país sistemas de energía renovable capaz de suplir nuestras necesidades y además las alternativas posibles son muy costosas para la institución, además que en el centro sólo las áreas de consulta externa, cocina y área administrativa nos permiten tener control de ahorro de energía principalmente con las luminarias el Consumo total de Energía eléctrica que demanda el hospital es de 1,200 Kilowatts.</p> <p>2. Grado de conformidad con las normas medioambientales. El hospital cumple con las normas medioambientales y de manejo de los desechos biológicos. Si comparamos nuestros protocolos de procedimientos ejecutados por la Gerencia de Limpieza y Manejo de Desechos Biológicos, y su personal, y las normas de manejos de los desechos hospitalarios del Ministerio de Medio Ambiente y Ministerio de Salud Pública, el hospital cumple con el 98%.</p> <p>3. Número de actuaciones realizadas por la organización para reducir el ruido.</p>	

	<p>Evidencia: Por las características de los servicios ofrecidos en el hospital, el ruido producido por éste, está próximo a la media durante el día (71), pero estamos en proceso de implementación de un programa de reducción. En la noche estamos muy por debajo de los niveles establecido por la norma internacional que son de 65 decibelios en el día y 55 decibelios en la noche</p>	
2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.	Las autoridades del hospital constantemente sostienen reuniones con diversas autoridades del área política, salud, legislativa, religiosas, líderes comunitarios, entre otras.	
3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).	<p>Consideramos que recibimos una alta cobertura de los medios en vista de que somos el primer hospital del municipio y la calidad de los servicios que brindamos, esta cobertura, se puede constatar en los reportes escritos de periódicos de circulación nacional, además de la comparecencia de las autoridades en los medios de comunicación radial y televisiva-</p> <p>La presencia del director del hospital y sus directivos en los medios de comunicación siempre tiene carácter de orientación y educación a la población general, donde se destaca el modelo de gestión, los servicios que ofrecemos y la calidad de los mismos, lo que se puede constatar en las invitaciones realizadas por los medios de comunicación y los recortes de periódicos sobre informaciones del hospital.</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>En el hospital se brindan las atenciones y servicios a todas las personas sin tomar en cuenta el género, preferencia sexual, nacionalidad, discapacidad, filiación política y religiosa.</p> <p>Como parte de la responsabilidad social y las características socio-económica de los usuarios que acuden a nuestro establecimiento, día a día, realizamos un gran esfuerzo dirigido a beneficiar a la población más desfavorecida social y económicamente.</p>	

	<p>Hemos autorizado descuentos y exoneraciones por un monto superior a RD\$ 22,277,285.27</p> <p>Así mismo nuestra institución posee programas sociales asistenciales para envejecientes, adolescentes, niños y mujeres de que viven en barrios y comunidades pobre de la zona.</p>	
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.	<p>Nuestros empleados participan activamente de las campañas de limpieza del entorno hospitalario, de prevención de accidentes en fechas especiales.</p> <p>Como iniciativa de una colaboradora, se planteó la necesidad de que nuestra cartera de servicios esté disponible en Braille y la idea fue muy bien acogida por el Consejo Administrativo del Hospital, así como la edición de un vídeo promocional en lenguaje de señas.</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>Cada año, el hospital organiza dos actividades científicas: Jornada de Enfermería, que coincide con la celebración del Día Nacional de la Enfermera (12 de mayo) y la Jornada Científica, que coincide con el aniversario del hospital (1ero septiembre). En estas actividades participan invitados nacionales e internacionales</p> <p>El hospital contribuye constantemente con otras organizaciones, sobre los conocimientos acumulados. De ahí que tenemos establecido convenios de capacitación y rotación de personal con otros hospitales e instituciones de formación especializada, así como universidades e instituciones del estado.</p> <p>De igual manera, hemos presentado estudios de casos e investigaciones realizadas en nuestro hospital en congresos nacionales e internacionales. Se han realizado varias investigaciones, las cuales se presentan en las jornadas.</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	<p>El hospital desde sus inicios cuenta con todos los instrumentos necesarios para el soporte del programa de prevención de accidentes laborales.</p>	

programas).	<p>Existe una Unidad de Gestión de Riesgos con manuales de protocolos de procedimientos donde se incorporan los instrumentos e insumos necesarios para realizar el procedimiento, cuidados a ejecutar durante la realización del mismo, tipo de protección a utilizar durante la realización.</p> <p>Contamos además con un formulario de notificación de accidentes laborales.</p> <p>1-Programa de inmunizaciones. 2-Programa de capacitación en prevención de riesgos ocupacionales.</p>	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).	<p>Como hospital, nuestra primera responsabilidad, son las personas, para los cuales realizamos actividades de prevención y promoción de la salud, con el propósito de mejorar la salud y la calidad de vida de la población. De igual manera, tenemos en compromiso de formar profesionales y realizar actividades de investigación</p> <p>En el Municipio de Santo Domingo Norte, somos una importante fuente de empleo, ya que aparte de los empleados del propio HTNAL, otros sectores como pueden ser el sector farmacéutico, logístico o el de transporte, comerciantes, se benefician de nuestra actividad en la zona. De ahí que somos una institución socialmente responsable.</p> <p>Apoyamos y desarrollamos actividades relacionadas con la preservación del medio ambiente, saneamiento de cañadas, recogida de desechos, entre otros.</p>	
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.	<p>‡,474.13 KVA Fijo. 35379. 12 KVA 24 horas 1.061 Mva 30 días.</p>	
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.	<p>Para el manejo de residuos médicos, el hospital tiene contratos con el Ayuntamiento del Municipio y con</p>	

	<p>una empresa especializada en manejo de residuos biológicos. Cumplimos con lo establecido en la Ley de Manejo de residuos biológicos y potencialmente tóxicos.</p> <p>Los incineradores están siendo descartados por el daño que causan al medio ambiente.</p>	
<p>II. Política de residuos y de reciclado.</p>	<p>Realizamos una clasificación adecuada a través de actividades de capacitación al personal de limpieza y manejo de desechos, orientado al cumplimiento de estándares y puesta en práctica de los protocolos y el proceso para el manejo de desechos.</p> <p>Realizamos la separación adecuada en contenedores especializados a prueba de pinzamientos.</p> <p>Contenedores separados para la disposición final de los desechos.</p> <p>Infraestructura para la disposición de desechos hospitalarios</p>	

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>1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.</p>	<p>En esta institución, están claramente definidos los indicadores y la forma de medirlos, entre estos destacamos : Número de ingresos (entrada), número de egresos (salida) y número de muertes (efecto), así como los que conforman el circuito de tasa de mortalidad (efecto) e indicadores de calidad.</p> <table border="1" data-bbox="409 589 1381 1133"> <thead> <tr> <th data-bbox="409 589 898 706">INDICADORES</th> <th data-bbox="898 589 1060 706">METAS GENERALES 2021</th> <th data-bbox="1060 589 1222 706">RESULTADOS GENERALES 2021</th> <th data-bbox="1222 589 1381 706">Nivel Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="409 706 898 747">EFICIENCIA</td> <td data-bbox="898 706 1060 747"></td> <td data-bbox="1060 706 1222 747"></td> <td data-bbox="1222 706 1381 747"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 747 898 787">Rendimiento de Consulta Externa.</td> <td data-bbox="898 747 1060 787">80%</td> <td data-bbox="1060 747 1222 787">72.8%</td> <td data-bbox="1222 747 1381 787">91.0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 787 898 828">Tasa de Ocupación Hospitalaria (%)</td> <td data-bbox="898 787 1060 828">80%</td> <td data-bbox="1060 787 1222 828">83.8</td> <td data-bbox="1222 787 1381 828">104.7%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 828 898 868">Promedio de Estadía (Día)</td> <td data-bbox="898 828 1060 868">5</td> <td data-bbox="1060 828 1222 868">5.0</td> <td data-bbox="1222 828 1381 868">100.0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 868 898 909">Presión de Urgencias</td> <td data-bbox="898 868 1060 909">20%</td> <td data-bbox="1060 868 1222 909">31.0%</td> <td data-bbox="1222 868 1381 909">-54.8%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 909 898 950">Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados</td> <td data-bbox="898 909 1060 950">80%</td> <td data-bbox="1060 909 1222 950">68.3%</td> <td data-bbox="1222 909 1381 950">85.4%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 950 898 990">% Cirugías Programadas Suspendidas</td> <td data-bbox="898 950 1060 990">10%</td> <td data-bbox="1060 950 1222 990">13%</td> <td data-bbox="1222 950 1381 990">65.3%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 990 898 1031">% Desempeño Técnico</td> <td data-bbox="898 990 1060 1031">90%</td> <td data-bbox="1060 990 1222 1031"></td> <td data-bbox="1222 990 1381 1031">0.0%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 1031 898 1071">% Cumplimiento Comportamiento Ingresos Presupuestarios</td> <td data-bbox="898 1031 1060 1071">90%</td> <td data-bbox="1060 1031 1222 1071">68.0%</td> <td data-bbox="1222 1031 1381 1071">75.6%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 1071 898 1133">Índice de Rotación de Camas</td> <td data-bbox="898 1071 1060 1133">48</td> <td data-bbox="1060 1071 1222 1133">68</td> <td data-bbox="1222 1071 1381 1133">142.0%</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	METAS GENERALES 2021	RESULTADOS GENERALES 2021	Nivel Cumplimiento	EFICIENCIA				Rendimiento de Consulta Externa.	80%	72.8%	91.0%	Tasa de Ocupación Hospitalaria (%)	80%	83.8	104.7%	Promedio de Estadía (Día)	5	5.0	100.0%	Presión de Urgencias	20%	31.0%	-54.8%	Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados	80%	68.3%	85.4%	% Cirugías Programadas Suspendidas	10%	13%	65.3%	% Desempeño Técnico	90%		0.0%	% Cumplimiento Comportamiento Ingresos Presupuestarios	90%	68.0%	75.6%	Índice de Rotación de Camas	48	68	142.0%	
INDICADORES	METAS GENERALES 2021	RESULTADOS GENERALES 2021	Nivel Cumplimiento																																											
EFICIENCIA																																														
Rendimiento de Consulta Externa.	80%	72.8%	91.0%																																											
Tasa de Ocupación Hospitalaria (%)	80%	83.8	104.7%																																											
Promedio de Estadía (Día)	5	5.0	100.0%																																											
Presión de Urgencias	20%	31.0%	-54.8%																																											
Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados	80%	68.3%	85.4%																																											
% Cirugías Programadas Suspendidas	10%	13%	65.3%																																											
% Desempeño Técnico	90%		0.0%																																											
% Cumplimiento Comportamiento Ingresos Presupuestarios	90%	68.0%	75.6%																																											
Índice de Rotación de Camas	48	68	142.0%																																											
<p>2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los</p>	<p>Cada 4 meses realizamos evaluación de los indicadores establecidos en el plan estratégico, lo que nos permite evaluar el rendimiento, desarrollo de la institución, resultados e impacto en la salud de los usuarios que acuden al hospital. En este informe, se presenta un cuadro con los indicadores de calidad, satisfacción, eficiencia entre otros, que son evaluados periódicamente.</p>																																													

servicios y productos ofrecidos).	PRODUCCIÓN			
	Total Hospitalización.	9,340	9,239	
	Total Consultas Hospital.	147,464	96,043	
	Total Cirugías Electivas Programadas	7,350	4,328	
	Total Emergencias	48,043	43,063	
3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.	Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria	0.50%	0.26%	147.0%
	Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria	8.0%	4.1%	148.9%
	Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria	5.00%	2.1%	158.6%
	Tasa Infección Intrahospitalaria	5%	0.7%	185.6%
	Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	5%	0.1%	197.1%
	Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	5%	0.6%	187.3%
	Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	5%	0.8%	184.4%
	Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	5%	0.0%	200.0%
	Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro de mas de 3 a 30 días de la De Alta)	5%	0.0%	200.0%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	5%	0.0%	200.0%	
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	El índice de cumplimiento es de 3.7			

5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	Muy buenos los resultados de las evaluaciones. En las auditorías realizadas al hospital estas han sido satisfactorias de la Contraloría General de la República. Al igual las auditorías realizadas por las ARS's a los record clínicos de los usuarios.	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	Hemos logrado eficientizar los servicios, reduciendo el tiempo de espera para cirugía, para entrega de resultados de laboratorio e imágenes.	
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	Prácticamente el 90% de los pacientes que acuden al HTNAL, son asegurados, por lo que la Ley 87-01 ha sido de gran beneficio para nosotros.	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	A la fecha de elaboración de este informe contamos con un total de 47 personas voluntarias en las diferentes áreas de servicio del hospital.	

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.	Previo a la realización de las actividades de planificación, identificamos los recursos disponibles, tomando en cuenta las informaciones y datos que se producen en la institución y de esta forma los alineamos con la planificación, así como con las necesidades actuales y futuras de los grupos de interés. Cirugía programadas y suspendidas 13.5% Índice de mortalidad 0.53 Estancia promedio 85.9 (Excelente para un hospital de trauma, pues se debe conservar una reserva de 15%)	
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	Reducción del tiempo de atención de pacientes en las áreas de entrega de resultados de imágenes y laboratorio clínico.	
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).	Las autoridades participan en eventos coordinado por el Ministerio de Administración Pública, donde presentan el Modelo de organización y gestión del hospital y comparten con los demás gerentes de diferentes hospitales e instituciones. Actualmente otras instituciones vienen a conocer el modelo a este hospital y envían su personal a rotar por esta institución como es el caso del Hospital Materno Reynaldo Almánzar, Hospital Darío Contreras, entre otros.	

<p>4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).</p>	<p>Los acuerdos de colaboración firmados, se cumplen de manera eficiente, tanto por parte del hospital como por parte de las instituciones colaboradoras.</p>	<p>No se realizan evaluaciones al cumplimiento de los acuerdos.</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>El uso de diferentes tipos de tecnología en el hospital ha permitido una mejoría sustancial en la calidad de los servicios tanto para el personal como para los pacientes.</p> <p>En el HTNAL contamos con un expediente clínico electrónico.</p> <p>El uso de Internet como fuente de información médica y administrativa, ya que la mayoría de los procesos que se realizan en coordinación con otros organismos (contraloría, DIGECOMP, SNS, entre otros) se realizan a través del uso de internet.</p> <p>Uso de redes sociales como medio para promover campañas educativas y los servicios que se ofrecen en el HTNAL</p> <p>Análisis de laboratorio e imágenes con resultados más rápidos y confiables.</p> <p>Uso del salón de video conferencias y quirófano inteligente para docencia médica.</p> <p>Hemos eficientizado el despacho y manejo de medicamentos e insumos en la farmacia hospitalaria.</p> <p>El uso de la tecnología en las diferentes áreas del hospital, ha contribuido a eficientizar y agilizar la entrega de los servicios, así como los costos de producción ya que la impresión de documentos ha disminuido de manera considerable. Ej: en el área de imágenes, ya no se imprimen las radiografías, sino que inmediatamente el médico puede ver el estudio en su consultorio.</p> <p>Se envían resultados vía E-mail.</p> <p>La interoperabilidad con las ARS, a través del acceso a su plataforma para facturar, contribuye a aumentar la satisfacción, ya que el usuario no tiene que trasladarse fuera del hospital a buscar autorizaciones.</p>	
<p>6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.</p>	<p>En sentido general el resultado de la auditoría realizada es de un 90% sin eventualidades significativas. Los principales resultados de las auditorías internas se encuentran en el área de tesorería, que se presentan errores de monto.</p> <p>Desde la Gerencia de Control de Procesos y Registros, se realiza un trabajo</p>	

	continuo para disminuir la incidencia de errores en los sistemas de registro.							
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>Ganadores de Medalla de Plata al Premio Nacional Calidad 2011. Ganadores de Medallas de Oro al Premio Nacional Calidad 2012. Ganadores de Medallas de Oro al Premio Nacional Calidad 2013. Ganadores de Medallas de Plata al Premio Nacional Calidad 2014. Ganadores del Primer Lugar del Rankin Nacional de Hospitales 2021 Ganadores del Primer Lugar del Rankin Nacional de Hospitales (Región 0) 2021</p>							
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	<p>El hospital de manera continua es supervisado por una auditores de diferentes instituciones con las que tenemos acuerdos de servicios (ARS's) a los expedientes clínicos de los usuarios y las mismas con resultados excelentes. Actualmente el índice de glosas representa el 2.3%</p> <p>De igual manera nuestra Gerencia de Control de Procesos y Registros realiza auditorias en las diferentes gerencias.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ingresos Esperados</th> <th>Ingresos Resultado Final</th> <th>Nivel Cumplimiento Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RD\$ 1,402,256,732.82</td> <td>RD\$ 955,426, 089.99</td> <td>68%</td> </tr> </tbody> </table>	Ingresos Esperados	Ingresos Resultado Final	Nivel Cumplimiento Final	RD\$ 1,402,256,732.82	RD\$ 955,426, 089.99	68%	
Ingresos Esperados	Ingresos Resultado Final	Nivel Cumplimiento Final						
RD\$ 1,402,256,732.82	RD\$ 955,426, 089.99	68%						
9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	<p>En relación al Resultado del Periodo con ingresos de unos RD\$ 955,426, 089.99, menos los costos y gastos de RD\$ 979,833,522.89 tenemos un resultados de un déficit de RD\$ 24,407,432.</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.