

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

HOSPITAL PROVINCIAL NUESTRA SEÑORA DE REGLA

FECHA:

JULIO 2023

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): I. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.</p>	<p>Tenemos nuestra misión, visión y valores, formulada y desarrollada, A fin de que nuestros colaboradores conozcan, misión, visión y valores de la institución se desarrollan una serie de talleres y charlas, se hicieron dos jornadas de carnetización para identificar a los colaboradores y en donde se plasman nuestra misión, visión y valores, se realizaron charlas talleres que evidencia que nuestros empleados conocen y aplican muy bien nuestra misión y visión.</p> <p>También en nuestra 2da, versión de la Carta Compromiso al Ciudadano en donde están establecidos nuestra misión, visión y valores</p> <p>Evidencias: Misión, Visión y Valores establecidos y colocados en diferentes áreas de la Institución; fotos de cartel con la visión, misión y valores colocado de manera visible carnet de identificación de los empleados y en la Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano, Capacitaciones al personal sobre la Misión, Visión y Valores, Actividad Lanzamiento de la Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano tanto a los Colaboradores como a los Usuarios, listados de participación, capacitaciones a los colaboradores para que conozcan misión, visión y valores de la institución</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>La institución cuenta con valores alineados a los principios y valores del sector público, nuestra misión y visión entre los que podemos exhibir en diferentes formas y lugares de la Institución, trabajamos apegado a ellos y al cumplimiento de la Ley 42-01.de salud Siendo nuestros valores: Equidad Profesionalidad Respeto Trato humano Evidencias: Ley 42-01, sobre salud, Código de Ética, los mismos están alineados con lo del sector público</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>En nuestra institución nos aseguramos de que la misión, la visión y los valores estén alineados a las estrategias nacionales, teniendo en cuenta todo lo concerniente a las reformas del sector.</p> <p>Evidencias: Misión, Visión y Valores establecidos y colocados de manera visible al público en diferentes áreas de la institución; en la Segunda Versión de nuestra Carta Compromiso al Ciudadano, aprobada por el Ministerio De Administración Pública (MAP), y en la parte posterior del carnet identificativo de nuestros colaboradores.</p>	
<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>Nos aseguramos que nuestra misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos sean difundidos y comunicados a todos nuestros grupos de interés internos y externos.</p> <p>En cada encuentro y reunión que hacemos referente al fortalecimiento institucional resaltamos cual es la misión, visión y valores de la institución, además están plasmados en los carnets de los empleados, en las áreas estratégicas del hospital, en los murales de diferentes departamentos memorias del hospital, en los talleres de inducción y en todas las presentaciones y capacitaciones que realizamos.</p>	

	<p>Evidencias: Foto de carnet de los empleados, foto de murales, presentaciones, capacitaciones.</p>	
<p>5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).</p>	<p>En el análisis interno del FODA identificamos las fortalezas, y debilidades. En nuestro POA incluimos productos para continuar robusteciendo las fortalezas para seguir creciendo y brindar servicios de excelencia. El plan incluye la corrección de las debilidades identificadas para cumplir nuestra misión y alcanzar nuestra visión. En el análisis externo identificamos las oportunidades y amenazas. Para mitigar estas últimas, se elabora un plan de mejoras.</p> <p>Evidencia: FODA institucional</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>Nuestro centro hospitalario cuenta con una Oficina de Libre Acceso a la Información, mediante el cual se recibe y da trámite a las informaciones solicitada a cualquier ciudadano. Esta oficina cuenta con un formulario de solicitud en el cual el ciudadano puede solicitar el tipo de información que necesita del centro, especialmente aquellas solicitudes que se refieran al manejo de los fondos y recurso que maneja nuestro centro el tiempo máximo para dar respuesta a la misma es de 15 días laborables, los derechos de los ciudadanos en materia de acceso a la información se encuentran colocados en lugares visibles, en el portal de transparencia de la institución.</p> <p>Contamos con un comité de compras y contrataciones Con la finalidad de prevenir la corrupción, contamos con nuestro portal transaccional de compras y contrataciones en donde quedan reflejados todos los procesos de compras que efectúa el hospital Nuestros proveedores cumplen con las contrataciones del Estado.</p> <p>Cada departamento posee gerentes que han asumido liderazgo y esto influye en el buen comportamiento de</p>	

	<p>los empleados, además se han tomado medidas adecuadas de seguridad, para evitar fugas que perjudiquen las buenas prácticas de la institución. El departamento de seguridad garantiza el cumplimiento de las normas establecidas en el Centro. Evidencias:</p> <p>foto de la Oficina de Libre Acceso a la Información, fotos de los derechos del ciudadano en materia de información, formulario de solicitud de información, manual de procedimiento, derechos del ciudadano al acceso a la información.</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>No Contamos con un Comité de Ética Pública. Como institución de servicios de salud contamos con un Comité de Bioética, con el objetivo GUÌA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 9 de 108 Documento Externo SGC-MAP de garantizar la protección y derechos de las personas, evaluando los riesgos/beneficios de los procedimientos a realizar como parte del proceso curativo.</p> <p>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.</p> <p>Tenemos claramente identificadas las áreas como potencialmente conflictivas y son las siguientes: Áreas de consultas (admisión y pago)</p>	<p>No se evidencia Conformación del comité Disciplinario y de Ética para tales fines,</p>

	<p>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.</p> <p>En cuanto a las compras, todas nuestras compras se publican a través del Portal de compras y se realizan a través del Portal Transaccional.</p>	
<p>8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).</p>	<p>La organización tiene como norma que todo colaborador conozca la misión, visión y valores y a la vez estos sean aplicados en el día a día, muy especialmente los líderes destacándose director y gerentes departamentales. Ya que con el ejemplo inciden de manera positiva e impactando a los colaboradores, para tales fines se ha elaborado normas de buen liderazgo con la finalidad de fortalecer el rol de los líderes para generar claridad y unidad alrededor de los objetivos de la organización. Muestra de esto son los registros de asistencia electrónico de nuestro Director General y Gerentes Departamentales el cual sirve como ejemplo a nuestros colaboradores de puntualidad y asistencia. Se fomenta la confianza entre los líderes y colaboradores creando un excelente ambiente de trabajo mediante: La realización diaria de entregas de guardia es una de las formas de interactuar la alta gerencia con los colaboradores de la institución. Socializando todo los temas de interés y condición de cada uno de los pacientes ingresados en el servicio. La confianza, el compromiso y la colaboración entre directivos y colaboradores. Cumplimiento con los derechos y deberes de los usuarios. Comunicación abierta entre los diferentes grupos de interés. Dando lo mejor de sí y predicando con el ejemplo para aumentar nuestra capacidad resolutive alcanzando así el logro de los objetivos organizacionales. Compartiendo los conocimientos y aprendizaje con las</p>	

	<p>personas, para un mejor desempeño laboral. Realizamos reuniones periódicas con los encargados de cada departamento y la dirección, donde se discuten estrategias de mejoras de las diferentes áreas.</p> <p>Evidencias: Norma para un buen liderazgo, minutas de reunión de la dirección con la gerencia. Listado de participación. Informe y listado de entrega de guardia.</p>	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.</p>	<p>Contamos con un organigrama institucional y Manual de Organización y Funciones (Resolución No. 016-2022) acorde a lo establecido en la Ley No. 123-15. 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> <p>Tenemos definidas y actualizada nuestra estructura organizativas y manual de funciones. Evidencia: Copia de resolución Copia de la Estructura y Manual de Funciones</p>	
<p>2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.</p>	<p>En nuestra institución se definen los indicadores para el monitoreo de la gestión productiva institucional. Disponemos de indicadores del SISMAP SALUD que es nuestro sistema de indicadores de monitoreo de la administración pública, indicadores producción, rendimiento, eficiencia y financieros, así GUÍA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 15 de 196 Documento Externo SGC-MAP como indicadores de la gestión clínica, de calidad subjetiva y de evaluación de los servicios de salud.</p>	

Se da participación activa a los departamentos en toma de decisiones, para el desarrollo de la institución.

Algunos de los indicadores son: En el SISMAP monitoreamos: Gestión de RRHH, calidad y fortalecimiento institucional, gestión administrativa y de la información, gestión clínica, satisfacción de los usuarios

Sub indicadores del SISMAP: Producción por servicios.

Productividad por médico.

Cantidad de ingresos y egresos hospitalarios.

Cantidad de cirugías.

Cantidad de laboratorios.

Cantidad de estudios de imágenes., entre otros.

Los principales Indicadores financieros que son monitoreados: Comportamiento de pago Gestión de tesorería Estados financieros % de ejecución de la programación presupuestaria trimestral.

Los relacionados con el cliente: % de satisfacción general y por áreas.

Satisfacción del cliente interno. GUÌA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 16 de 196 Documento Externo SGC-MAP.

Los principales indicadores priorizados por el viceministerio de la garantía de calidad del ministerio de salud pública cuantificables y de interés general para dar respuesta a calidad en la atención son:

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

Uso correcto de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Relación parto cesárea.

Auditoria de expedientes clínicos.

Habilitación de los servicios.

Profilaxis antibiótica realizada hasta una hora antes de la incisión Infección del trato urinario asociado a catéter urinario permanente Bacteriemia asociada a catéter venoso central. Indicadores calidad de la

	<p>atención materna Reducción de la morbilidad y la mortalidad asociada al embarazo. Reducción de la mortalidad por trastornos hipertensivo del embarazo. Reducción de mortalidad por hemorragias. Identificación de riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio. Indicadores en zika Demanda satisfecha de métodos anticonceptivos. Entrega de condones Capacitación a proveedores de salud Consejería de calidad en planificación familiar y consultas pre natal GUÌA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 17 de 196 Documento Externo SGC-MAP Entrevista a los usuarios sobre el conocimiento de transmisión sexual Zika y uso del condón. Apoyo socioemocional familia con niños con microcefalia. Estos indicadores son monitoreados con diferentes periodicidades que van de diario, semanal, mensual y trimestralmente, son reportados a las autoridades. Posteriormente los resultados son evaluados por la Dirección Provincial de Salud. Contamos con capacidad de ofertar servicios con calidad y eficiencia atendiendo las necesidades y demanda de la población. Capacidad de competir en el mercado público y privado de estos servicios De ahí que en el Plan Operativo están definidas las metas correspondientes a cada Unidad de Producción de Servicios de Salud (UEPSS</p> <p>Evidencia: Informes de indicadores financieros, Indicadores del 67-A, Indicadores de Calidad del VMGC, formulario PPN2 del monitoreo del POA.)</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.).

En nuestra institución se definieron los indicadores para el monitoreo de la gestión productiva institucional. Disponemos de indicadores del SISMAP SALUD que es nuestro sistema de indicadores de monitoreo de la administración pública, indicadores producción, rendimiento, eficiencia y financieros, así como indicadores de la gestión clínica, de calidad subjetiva y de evaluación de los servicios de salud. Se da participación activa a los departamentos en toma de decisiones, para el desarrollo de la institución. Algunos de los indicadores son:} En el SISMAP monitoreamos: Gestión de RRHH, calidad y fortalecimiento institucional. Gestión administrativa y de la información. Gestión clínica Satisfacción de los usuarios Sub indicadores del SISMAP: Producción por servicios. Productividad por médico. Cantidad de ingresos y egresos hospitalarios. Cantidad de cirugías. Cantidad de laboratorios. Cantidad de estudios de imágenes. Entre otros. Los principales indicadores priorizados por el viceministerio de la garantía de calidad del ministerio de salud pública cuantificables y de interés general para dar respuesta a a calidad en la atención son: Infecciones en el área quirúrgica, indicadores de proceso para la prevención en sitio quirúrgico, complicaciones post quirúrgicas. Uso correcto de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Relación parto cesárea, Auditoria de expedientes clínicos. Habilitación de los servicios. Profilaxis antibiótica realizada hasta una hora antes de la incisión Infección del trato urinario asociado a catéter urinario permanente Bacteriemia asociada a catéter venoso central. Indicadores calidad de la atención materna. Reducción de la morbilidad y la mortalidad asociada al embarazo. Reducción de la mortalidad por trastornos hipertensivo del embarazo. Reducción de mortalidad por hemorragias. Identificación de riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio. Indicadores en zika Demanda

	<p>satisfecha de métodos anticonceptivos Entrega de condones Capacitación a proveedores de salud Consejería de calidad en planificación familiar y consultas pre natal Entrevista a los usuarios sobre el conocimiento de trasmisión sexual Zika y uso del condón Apoyo socioemocional familia con niños con microcefalia Estos indicadores son monitoreados con diferentes periodicidades que van de diario, semanal, mensual y trimestralmente. Son reportados a las autoridades. Posteriormente los resultados son evaluados por la Dirección Provincial de Salud. Trimestralmente participamos en una videoconferencia de rendición de cuentas coordinada desde el Viceministerio de Garantía de la Calidad del Ministerio de Salud Pública.</p> <p>Evidencia: Informes de indicadores financieros, Indicadores del 67-A, Indicadores de Calidad del VMGC, formulario PPN2 del monitoreo del POA, Cuadro de Indicadores del HPDAC, Informes de Monitoreo de los Indicadores, presentaciones remitidas al SRSM y al VMGC para las videoconferencias.</p>	
<p>4. Funciona un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”, NOBACI, otros).</p>	<p>En nuestra institución gestionamos un sistema de gestión de control interno y de gestión de riesgos a través de levantamientos de necesidades en las distintas áreas y la gestión de recursos necesarios. Transparentamos los procesos a través del sistema, pero no socializamos los indicadores</p> <p>Evidencia: Levantamientos, cotizaciones, informe evaluación de riesgos. Contamos con un plan operativo anual (POA) Cuadro de mando, 67-A, EPI</p>	<p>No se han realizado Socializaciones de manera trimestral los indicadores</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 nuestro hospital aplicamos los principios de gestión de calidad total a través del Marco Común de Evaluación Modelo CAF.</p> <p>Estamos centrados en mejorar continuamente la calidad de nuestros servicios, así como la de los procesos para cumplir con las expectativas de nuestros GUÍA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 23 de 196 Documento Externo SGC-MAP usuarios, por eso utilizamos los resultados de la información recolectada en las diversas encuestas para incorporarlas en nuestros planes de mejora.</p> <p>También tomamos en cuenta los resultados de la autoevaluación para hacer las mejoras y corregir las debilidades detectadas</p> <p>Trabajamos aplicando los principios de GCT, estamos recibiendo acompañamiento del MAP Y SNS para la implementación del autodiagnóstico CAF</p> <p>Evidencia: Captura de pantalla Link de videoconferencias Fotos de la Guía</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 siguientes estrategias de administración electrónica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SISMAP/SALUD. • Portal de Transparencia. • SIGEF • SISCOMPRAS • Expediente clínico electrónico <p>Trabajamos con correo institucional, tenemos un sistema informático para la gestión de farmacia y almacén, recibimos y pagamos por medio de sistema electrónico para los servicios de laboratorios</p> <p>Se promueve la utilización de la tecnología entre los colaboradores por medios de las comunicaciones internas vía correo o grupos de WhatsApp,</p>	

	<p>publicación de información en las redes sociales del centro hospitalario. Contamos con internet wifi, y republica digital en las áreas comunes de nuestra organización, con la finalidad de que nuestros usuarios se mantengan comunicados e informados mediante esta herramienta.</p> <p>Evidencia: Captura de pantallas Dirección de correo Fotos del sistema y equipos</p>	
<p>7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.</p>	<p>Contamos con un manual de procesos hospitalarios que contiene la información básica de las actividades indispensables que se ejecutan para la realización y cumplimiento de las funciones hospitalaria. También contamos con protocolos de atención clínica los cuales se gestionan como procesos para facilitar el trabajo colaborativo y garantizar la calidad de la atención. Para que los procesos se desarrollen adecuadamente para la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, el hospital ha organizado su estructura para permitir las condiciones propicias para el desarrollo de los proyectos y el trabajo en equipo. La dirección general junto a su equipo de encargados realiza reuniones. Otro escenario de suma importancia es la entregas de guardia, la cual se celebra cada día y es una de las mejores reuniones que se realizan en el centro, porque facilita el trabajo colaborativo y de equipo. El hospital provincial nuestra Sra. de Regla mantiene un espacio adecuado en condiciones aceptables para desarrollar las tareas diarias, los procesos y proyectos, como son: Salón de Cambio de Turno. Salón de Reuniones de la Dirección. Estación de enfermería en diferentes puntos estratégicos tales como Hospitalización, estaciones ubicadas de fácil acceso a todos los pacientes. Áreas</p>	

	<p>de descanso para nuestros colaboradores que están de servicio debidamente equipada y acomodada. Para fomentar el trabajo de equipo y fortalecer la gestión cuenta con los siguientes comités:</p> <p>Comité de Calidad. Comité de Control de Infecciones. Comité Fármaco Terapéutica Comité de Mortalidad Materna. Comité de Compras y Contrataciones. Comité de Emergencia y Desastres. Comité de Bioseguridad.</p> <p>Evidencia: Manual de procesos, actas constitutivas de los comités, Foto de la entrega de guardia, foto del salón de conferencias, foto de las estaciones de enfermería y área de descanso.</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>En nuestro centro para comunicar utilizamos las siguientes estrategias: a) Cartera de Servicios impresa 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, 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. J) brochure informativo de carta compromiso para que los usuarios tengan acceso a informaciones relacionadas con nuestros servicios.</p> <p>Evidencia: Fotos redes sociales</p>	

	<p>Correos, consultas y comentarios. correo, buzones sistema 311 página web Brochure carta compromiso Chat redes sociales.</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> <p>Implementamos el Modelo CAF</p> <p>Seguimiento al cumplimiento de metas institucionales.</p> <p>Seguimiento al cumplimiento de POA/SNS.</p> <p>Seguimiento al cumplimiento metas SISMAP/SALUD</p> <p>Conformación de diferentes comités.</p> <p>Promovemos el compromiso de innovación con los líderes y directivos, así como la mejora continua para el desempeño de la función.</p> <p>Hemos venido realizando cursos Para fortalecer el liderazgo entre los que podemos mencionar fundamentos de supervisión, técnica moderna de supervisión, supervisión y liderazgo, comunicación efectiva y asertiva</p> <p>La dirección general mantiene sus puertas abiertas a todos los usuarios del centro internos y externos.</p> <p>Su equipo de trabajo cumple con las normas y procedimientos establecidos.</p> <p>En cuanto a la salud no existe ningún tipo de discriminación, este es un derecho fundamental de los usuarios</p> <p>Evidencia:</p>	

	<p>Ley General de Salud, lista de participación y foto de los talleres, planes de mejoras, plan de Capacitación 2023.</p> <p>Fotos de Talleres.</p> <p>Fotos de las herramientas tecnológicas.</p>	
<p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p>		<p>No se evidencia la iniciativa de cambios</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>Nuestro Director general y encargados departamentales modelan la conducta de los colaboradores con el ejemplo de sus acciones. Mostrando cada uno de ellos lo que espera de su colaborador bajo su mando en todo lo que hacemos como es: Trabajar a lineados a los valores. Asistencia diaria. Vestirse adecuadamente. GUÍA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 31 de 196 Documento Externo SGC-MAP Compartir éxitos. Apoyando las actividades para el logro de los objetivos y metas. Practicar la escucha. Aceptar los errores. Ser coherente. En caso de duda preguntar. También podemos destacar el empoderamiento del director general y encargados departamentales, siendo estos los primeros en involucrarse en el desarrollo de las actividades de nuestro Modelo CAF y motivar el involucramiento de los colaboradores. Participan en actividades, cursos, talleres y se involucran en el seguimientos de las mejoras a implementar dando ejemplo de liderazgos y humildad. En nuestra institución da ejemplo de transparencia con las reuniones mensuales del Comité de Compras para involucrar al personal en todo lo concerniente a las mismas.</p> <p>Evidencias: Fotos gerentes participando en actividades del CAF, foto donde participen los gerentes y colaboradores en actividades de gestión del cambio, ética y mejora institucional, foto reunión Comité de Compras, lista de participantes minutas del comité de compras.</p>	

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>Nuestro director general y encargados departamentales modelan la conducta de los colaboradores con el ejemplo de sus acciones. Mostrando cada uno de ellos lo que espera de su colaborador bajo su mando en todo lo que hacemos. También podemos destacar el empoderamiento del director general y encargados departamentales, siendo estos los primeros en involucrarse en el desarrollo de las actividades de nuestro Modelo CAF y motivar el involucramiento de los colaboradores. Participan en actividades, cursos, talleres y se involucran en el seguimientos de las mejoras a implementar dando ejemplo de liderazgos y humildad. En nuestra institución se da ejemplo de transparencia con las reuniones del Comité de Compras para involucrar al personal en todo lo concerniente a las mismas.</p> <p>Evidencias: foto gerentes participando en actividades del CAF, foto donde participen los, documento Externo SGC-MAP Fotos actividades en grupo Reglas y normas internas</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>Implementamos una cultura de respeto y liderazgo De igual manera contrarrestamos cualquier tipo de discriminación, 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. En el interés de fortalecer la confianza y el respeto mutuo destacamos que en nuestra institución se encuentran claramente definidos: Las políticas y objetivos estratégicos.</p>	

El compromiso con la satisfacción de los usuarios 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 solicitudes hechas para los cambios de asignaciones pero que no se han ejecutado por parte de los organismos gestores correspondientes, pues como hospital tenemos jóvenes, colaboradores en las diferentes universidades y al terminar su carrera tratamos de buscar 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 RR.HH. se identifica de qué 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.

Comité de Emergencias y Desastres con el objetivo de orientar las respuestas en caso de emergencias o

	<p>desastres, para preservar la vida de los usuarios y/o reducir daños a las personas, infraestructura y equipos 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> <p>Evidencia: Fotos de Talleres de trabajo en equipo y liderazgo Fotos del comedor para los empleados Aguinaldo navideño.</p>	
<p>3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.</p>	<p>Diariamente se realiza la entrega de guardia donde participa todo el personal saliente y entrante al servicio, médicos, enfermeras, bioanalistas, encargados departamentales, cada uno de ellos informa sobre sus tareas realizadas, se informa sobre todos los pacientes que han sido ingresados, y comentados todos los pacientes críticos que están ingresado en el centro.</p> <p>Todos los lunes y viernes se realizan rondas médicas con la finalidad de visitar, y revisar órdenes médicas de cada paciente ingresado para contribuir al mejoramiento continuo de la salud de cada usuario de nuestros servicios.</p> <p>En esta entrega y ronda participa la alta dirección para estar al tanto de cómo se desarrollan cada una de las actividades en el hospital y dar soluciones oportunas a cualquier situación que se presente.</p> <p>La información de asuntos importantes de la institución se hace a través de murales informativos, correo electrónico, grupos de WhatsApp, y comunicaciones.</p> <p>Evidencias: Fotos y acta de reuniones, informes mensual de entregas de guardia, lista de participantes en la entrega de guardia, grupo de WhatsApp.</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>Apoyamos los empleados en la realización de sus funciones y tareas proporcionando todos los recursos necesarios para la realización de las mismas, se realizan cambios de áreas de acuerdos a su buen desempeño y rendimiento.</p> <p>La satisfacción con este aspecto se levanta con la Encuesta de Medición del Clima Laboral.</p> <p>Anualmente realizamos un plan de capacitación formal de acuerdo a las necesidades de los colaboradores del hospital, el personal de enfermería y laboratorio clínico se rota por las diferentes áreas para que se mantenga con las competencias necesarias de realizar cualquier tipo de actividad que se desarrolle en su departamento.</p> <p>También utilizamos la matriz de ejecución de POA para la planificación operativa anual de todo el hospital, y sus actividades mensuales de todas las áreas de gestión institucional.</p> <p>Evidencias: Plan de capacitación, lista de servicios médicos, lista de servicios de enfermería, listado de rotación de laboratorio, planes de mejora, foto y lista de participantes en reuniones de monitoreo de POA. Matriz de ejecución de POA.</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>Motivamos a los empleados con una cultura de participación y delegación de responsabilidades dotando al trabajador del poder, y autonomía para tomar decisiones, resolver problemas y realizar tareas sin la necesidad de nuestra supervisión, esta acción se evidencia en nuestra estructura organizacional.</p> <p>informes mensuales de producción y financiero (67-A), consolidado de producción, informe epidemiológico, entre otros, organigrama institucional, manual de funciones</p>	

1 / 1 | - 100% + | [] [x]

Registro de talleres ejecutados y colaboradores capacitados.

Primer trimestre (enero-febrero y marzo).

Capacitaciones	Colaboradores
1. Inducción a la administración pública.	18
2. Atención al ciudadano y calidad en el servicio.	15
3. Violencia intrafamiliar y masculinidad positiva.	25
4. Inteligencia emocional.	19
Total de capacitados	77

Áreas capacitadas	Enfermería, Bionalista, Administración, Psicología, Atención al usuario, Facturación, Médicos, Recursos humanos, Papelería, farmacia, Almacén de medicamentos.
-------------------	--


 Rosanny Peña Mejía
 Encargada de capacitación HPNSR



Evidencia:
Registros y programación de los talleres, fotos de talleres del INAP & INFOTEP

7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.

El esfuerzo de las personas y los equipos se recompensa, mediante la selección y el reconocimiento que se realiza.
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
Evidencias:
Fotos de certificados
Evaluación de desempeño.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas	Previo a la realización de las actividades de planificación, identificamos los recursos disponibles,	

<p>las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.</p>	<p>tomando en cuenta las informaciones y datos que se producen en la institución y de esta forma los alineamos con la planificación.</p> <p>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).</p> <p>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>Evidencia: encuesta de satisfacción, encuesta de medición de clima laboral.</p>	
<p>2. Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas, promoviendo la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, el establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, otros.</p>	<p>Mantenemos buenas relaciones con las autoridades del gobierno, Ministerios y Direcciones Política, Ejecutivas y Legislativas en busca de soluciones de cara a la ciudadanía.</p> <p>A los fines de ejecutar programas y proyectos que desarrollan y mantienen relaciones proactivas con representantes de la comunidad, políticos, con otros actores claves, podemos mencionar:</p> <p>Sector primer y segundo nivel de atención, Regional de Salud, Ministerio de Salud Pública, Planificación y Desarrollo, Dirección General de Presupuesto, Compras y Contrataciones, Ministerio de Administración Pública, juntas de vecinos, miembros de la comunidad y líderes religiosos, Universidades, Administradoras de Riesgos de Salud ARS, con las escuelas, CMD.</p> <p>Evidencia: Plan Operativo anual, fotos con autoridades Ministerio de salud publica Fotos con autoridades del Servicio Nacional de salud</p>	
<p>3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p>	<p>Identificamos las políticas públicas relevantes para la organización e incorporarlas a la organización, Entre las</p>	

	<p>políticas públicas que inciden en las instituciones de salud se encuentran:</p> <p>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>Evidencia: Ley de: salud, ley de seguridad social, y ley de compra y contrataciones.</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, 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 POA, 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.</p>	

	<p>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>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>Por medio nuestro POA tenemos los objetivos, metas y actividades que van alineadas a las políticas públicas y los acuerdos interinstitucionales para el seguimiento y cumplimiento de dichas metas.</p> <p>Evidencias: Plan Operativo Anual</p>	
<p>5. Gestionan y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos/clientes-pacientes y sus familias, ONG, grupos de presión, asociaciones profesionales, asociaciones privadas, asociaciones de pacientes, otras autoridades públicas, autoridades sanitarias; proveedores de productos y servicios; la red de atención primaria; centros hospitalarios, universidades, etc.).</p>	<p>Desarrollamos y mantenemos alianzas y trabajos en red con grupos de interés importantes</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.</p> <p>De igual manera, apoyamos el desarrollo de estudiantes de la zona al permitirles realizar pasantías de bachillerato (60 horas reglamentarias), técnicas enfermería entre otras.</p> <p>Hemos realizado alianzas con diferentes universidades para el desarrollo de programas de educación continua residentes médico.</p>	

	<p>Poseemos contratos con varias empresas Administradoras de Riegos de Salud (ARS) para la venta de servicios a sus afiliados.</p> <p>Contamos con acuerdo con la universidad UFHEC y la Universidad María Eugenio de Hostos. Instituto nacional de la formación Profesional INFOTEP</p> <p>Evidencias: Copia de contratos</p>	
6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.	<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>	
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>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 Santa entre otros)</p> <p>Evidencia: Publicaciones en nuestras redes sociales</p>	

CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>La Organización:</p> <p>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.</p>	<p>Nuestro centro de salud cuenta con las condiciones requeridos para alcanzar los objetivos estratégicos mediante la eficiente utilización de los recursos tanto humanos, económicos financieros etc, como el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes.</p> <p>También capacitamos el personal con la finalidad de que ocurran cambios y avances en la atención médicas, 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.</p> <p>Evidencia: Plan Estratégico Institucional</p>	
<p>2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.</p>	<p>Si, los grupos de interés relevantes están debidamente identificados por área de interés para el hospital.</p> <p>Se realizan grupos focales en el interés de conocer sus necesidades y expectativas y elaborar estrategias para satisfacerlas en la medida de lo posible, Las encuestas que utilizamos como herramientas que nos facilitan respuesta a sus necesidades para luego ser incluidas como ideas elaboradas en el desarrollo estratégico y operacional de la institución. Nuestra organización ha identificado y definido los grupos de interés</p> <p>Evidencia: fotos de reuniones Encuestas de satisfacción Listados de participación Buzones de sugerencias</p>	

3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.		No se evidencia
4. Analiza el desempeño interno y las capacidades de la organización, enfocándose en las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas / riesgos internos. Por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.).	.	No se evidencia que se analice el desempeño interno y capacidades de la organización

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. 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>La misión y visión de nuestra institución están vinculadas a nuestros objetivos estratégicos y operativos.</p> <p>Contamos con un Plan Operativo donde están definidos nuestros objetivos a corto, y mediano plazo Y estos son monitoreados y evaluados periódicamente con la finalidad de que se cumpla lo planificado.</p> <p>Contamos con indicadores para el monitoreo y se realiza la evaluación del cumplimiento de los objetivos.</p> <p>Evidencias: Plan Operativo Anual,</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>Las expectativas y las necesidades de los grupos de interés recogidos en las encuestas, buzones, reuniones con instituciones de la comunidad, proveedores y otros son tomadas en cuenta para elaborar nuestros planes y desarrollar estrategias para lograr dicha satisfacción.</p> <p>Para orientar al sistema de gestión institucional y presupuesto participativo, se han tomado en cuenta</p>	

	<p>las necesidades y sugerencias de los grupos de interés en la planificación del hospital y se han plasmados las acciones a corto, mediano y largo plazo, con el objetivo de cumplir con las expectativas y necesidades planteadas.</p> <p>Evidencia: Listado de reuniones con los grupos de interés.</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>Con la elaboración del POA se plantean los objetivos y metas para el año, también se elabora el presupuesto institucional.</p> <p>Las acciones a realizar llevan su asignación presupuestaria correspondiente.</p> <p>La administración elabora el Plan de Compras, el cual contiene todas las acciones presupuestables priorizadas para el período, para su elaboración se plantean las necesidades por departamentos y en base a nuestra lista de proveedores se realizan un análisis de costos para garantizar una compra que responda a los términos de calidad/precios, en cuanto a las necesidades de equipos e inversiones mayores se toman en cuenta las necesidades de los usuarios, la capacidad financiera del hospital y la factibilidad de la inversión.</p> <p>Trimestralmente se monitorea la ejecución presupuestaria y se verifica la disponibilidad.</p> <p>El hospital cuenta con el área de facturación, para la entrega de servicios a los afiliados a las ARS.</p> <p>Evidencia: POA, Presupuesto, Plan de Compras, Reportes de Facturación.</p>	
<p>4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.</p>	<p>Anualmente elaboramos un presupuesto de gastos que nos permite asegurar la disponibilidad de recursos para las actividades que se planifican.</p> <p>Aseguramos la disponibilidad de recursos para desarrollar y actualizar la estrategia de la</p>	

	<p>organización contamos con un personal de auditores capacitados en el área de facturación</p> <p>Evidencias: Copia de la reducción de la deuda y el aumento de la glosa</p>	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>Los líderes (directivos y supervisores): 1. 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>Sí, implementamos la planificación mediante la definición de las prioridades a través de la descripción de actividades a realizar en el POA. Nuestros planes contienen nuestros proyectos, y los responsables para ejecutar las acciones por cada gerencia</p> <p>Mensualmente se monitorean las actividades que garantizan el desarrollo de la gestión así como al fortalecimiento de nuestros indicadores.</p> <p>La estrategia está dirigida a la mejora del liderazgo, la planificación, las personas, los pacientes y nuestros procesos.</p> <p>Se realizan reuniones con nuestro directivo con el fin establecer las pautas y estrategias a seguir, dando seguimiento a las actividades y las mejoras sugeridas por cada responsable. Se ejecutan las actividades correspondientes</p> <p>Evidencias: POA 2023, Informes trimestrales, informes de cada departamento</p>	
<p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>	<p>Contamos con nuestro Plan Operativo Anual POA, el cual es elaborado por cada una de las gerencias, por lo que las tareas son asignadas a los responsables de</p>	

	<p>su ejecución, con lo que se garantiza su cumplimiento. Contamos con un organigrama, mapa de procesos, manuales de funciones, una cartera de servicios y planes donde se traducen las acciones para las áreas sustantivas del hospital, en nuestro POA están definidos los objetivos y se han socializados con todos los grupos de interés del hospital.</p> <p>Evidencia: Plan Operativo, RTP trimestral, Foto de socialización, lista de asistencia.</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>Se comunican los objetivos, las estrategias, planes/tareas y los resultados previstos/logrados a los grupos de interés y al personal.</p> <p>Evidencias: Listados de participación de reuniones, imágenes de reuniones, comunicados, grupos de WhatsApp.</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>Desarrollamos y aplicamos métodos de medición del rendimiento de la organización a todos los niveles Mensualmente utilizamos matrices de evaluación y monitoreo para dar seguimiento a nuestro Plan Operativo y tareas a realizar en la institución, el hospital realiza un monitoreo trimestral de la gestión para ver sus avances y logros en el periodo. En ese sentido podemos contar con las matrices para el POA, la Carta Compromiso, levantamiento de datos epidemiológicos, monitoreo para evaluar los servicios de atención integral y programa de tuberculosis, formularios directivos para la recolección de las informaciones pro-hospital, las encuestas también realizadas periódicamente a los grupos de interés nos permite evaluar los servicios, así como también la satisfacción de nuestros usuarios y colaboradores.</p>	

	<p>Nuestro Plan de Mejora se nutre de los hallazgos encontrados en cada una de las evaluaciones ya analizadas y del informe de retorno del MAP.</p> <p>Evidencia: Consolidado trimestral del 67-A, Monitoreo, Informe del Monitoreo de los Indicadores de Calidad, carta compromiso, formulario de encuesta de satisfacción de usuarios, POA</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
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.		No se evidencia que se identifiquen las necesidades de innovación y cambio.
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>Se construye una cultura impulsada por la innovación y crea un espacio para el desarrollo entre organizaciones.</p> <p>Evidencias: Listados de participación e imágenes de las capacitaciones.</p>	
3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.		No se evidencia que se comunique la política de innovaci
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>Con nuestro Sistema de Gestión de Calidad, Marco Común de Evaluación (Modelo CAF). Aseguramos un sistema eficiente de la gestión del cambio. En todos lo que hacemos procuramos cerrar el ciclo PDCA con la finalidad de garantizar la mejora continua de la calidad de los servicios. Con relación a las jornadas de trabajo del Modelo CAF esta fue dividida por criterio aplicando en cada ejemplo de la guía para los agentes</p>	

	<p>facilitadores, el ciclo PDCA. Para monitorear esta nueva iniciativa se realizan reuniones de socialización con los colaboradores responsables de cada ejemplo. También se realizan planes de mejora después de la autoevaluación y el Informe de Retorno del MAP. En busca de eficientizar los servicios brindados disponemos de recursos para implementar cambios tales como: visitas a otras instituciones homologas, talleres, capacitaciones, entre otras.</p> <p>Evidencia: Autoevaluación CAF, Planes de Mejora. Entrega de formato de la guía para trabajarla en el Ciclo PDCA y ejemplos trabajados.</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>En el Hospital Provincial Nuestra Sra. de Regla, se implementan diferentes métodos y procesos innovadores para nuestros usuarios y ciudadanos. También contamos con un Sistema Telefónico, Facebook, Instagram, página WEB, whatsapp, entre otros.</p> <p>Se han instalados computadoras en áreas que faltaban, para que la institución tenga todas las áreas cubiertas y así tener digitalizados todos sus datos, entre los departamentos que fueron dotados de estas herramientas podemos mencionar: maternidad.</p> <p>Evidencia: foto de computadora en las áreas que faltaban por las herramientas, Facebook del hospital</p>	
<p>6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.</p>	<p>Para asegurar la disponibilidad de recursos trabajamos apegado a nuestra Planificación Operativa y el Presupuesto Institucional, el cual se monitorea mensualmente, mediante la ejecución presupuestaria realizada por el departamento Administrativo y Financiero.</p> <p>El Comité de Compras se reúne para distribución de anticipo financiero, pagos y valoración de deudas,</p>	

	<p>asegurando así el presupuesto para la implementación de innovación y cambio.</p> <p>Nos esforzamos por mantener una relación de trabajo transparente con las aseguradoras, para general confianza que pueda garantizar el mantenimiento de los contratos firmados y por ende los ingresos al hospital de esas fuentes.</p> <p>Evidencia: Presupuesto del hospital, Contratos con ARS, parte financiera del 67-A, Reporte Ejecución Presupuestaria Trimestral. POA</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>I. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.</p>	<p>Analizamos periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los grupos de interés y de la estrategia de la organización, Este análisis es realizado cada año en el documento” Plan Operativo Anual /POA” en el que destacamos: Descripción Comportamiento Recursos Humanos Comportamiento, Reporte Acciones de Personal del año Índice de licencias médicas, con relación al total de empleados.</p> <p>Evidencia: nómina del servicio nacional de salud con los empleados nuevos y los cambios, informe final del ranking SISMAP SALUD foto de inducción, minutas de reuniones</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>Se establecen políticas claras, equitativa de selección, promoción, remuneración, reconocimientos y asignación de funciones. Para esto utilizamos el reglamento de la Ley 41-08 de Función Pública, delegación, responsabilidades y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro. También se realizan evaluaciones del desempeño anual por cumplimiento de metas, se distribuyen los incentivos semestrales donde se toma en cuenta los resultados de la evaluación de desempeño.</p> <p>Evidencia: Reglamento Ley 41-08 de Función Pública, formulario de evaluación de desempeño, Nómina de incentivos, Manual de Procedimiento de promoción, remuneración y asignación de funciones</p>	
<p>3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.</p>	<p>Se implementa en la política de recursos humanos a través de los lineamientos establecidos en la ley de Administración Pública, considerando los principios de equidad, otorgando las mismas oportunidades a todos los colaboradores.</p> <p>Nuestra política de recursos humanos se enmarca en la Ley de Función Pública (41-08), Ley General de Salud (42-01), y sus reglamentos, Ley de Seguridad Social (87-01) y sus modificaciones y Reglamentos y las Resoluciones del Ministerio de Salud Pública (MSP), Servicio Nacional de Salud (SNS) y acuerdos con el Colegio Médico Dominicano (CMD)</p> <p>Evidencias: Ley de Administración Pública, permisos laborales, Políticas de recursos humanos, formularios de permisos, permisos de estudios, permiso por motivo de cumpleaños.</p>	
<p>4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.</p>		<p>No se evidencia que se revisen las necesidades de promoción de carreras</p>

<p>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>	<p>Se gestiona el desarrollo de la carrera profesional basada en criterios de mérito, justicia, igualdad de oportunidades y sin discriminación o exclusiones, sin distinción de género, acorde a lo establecido en la Ley de administración pública.</p> <p>Se evalúa el personal administrativo y se mejoran sus conocimientos impartiendo cursos y talleres programados en el Plan de Capacitación.</p> <p>Evidencias: Listado de participación y fotografías de la inducción general, Manuales de cargos, manual de organización y funciones, Listado de participación en la socialización de tareas y funciones, Ley de administración pública</p>	
<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>	<p>Gestionamos el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad, Se realiza la selección del personal que cumpla con lo establecido en la Ley de Función Pública 41-08 en su Artículo 33.</p> <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 uso no discriminatorio del lenguaje, tanto entre nuestros colaboradores como en la atención a los pacientes</p> <p>Tomamos en cuenta al personal de acuerdo a las competencias y a sus capacidades profesionales que se ajuste al perfil del puesto.</p> <p>En el hospital, el 75.6% de los empleados son mujeres y 24.4 % son hombres.</p> <p>Damos oportunidad a estudiantes universitarios para realizar su práctica profesional supervisada. GUÀ</p>	

	<p>CAF SECTOR SALUD 2020 Página 62 de 196 Documento Externo SGC-MAP En la actualidad contamos con los estudiantes de término de medicina, los mismos rotan por las diferentes áreas de la medicina tales como; ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría entre otras.</p> <p>Evidencias: Ley de Función Pública 41-08, Artículo 33, listado de nómina, acuerdo entre UFHEC y el hospital, comunicación o solicitud de pasantía de estudiantes universitarios</p>	
<p>7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas</p>	<p>En nuestro Hospital estamos implementando una cultura de desempeño con los colaboradores con el objetivo de crecimiento institucional y personal. De acuerdo a la periodicidad establecida por el SNS/MAP, establecemos acuerdos de desempeño con todo el personal</p> <p>Evidencias: Evaluación de desempeño 2021 y 2022 (en Proceso), Plan de mejora, capacitación y desarrollo profesional.</p>	
<p>8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.</p>	<p>Nuestro hospital cuenta con acuerdos de desempeño, para monitorear y evaluar el desempeño sistemáticamente de nuestros colaboradores. Cada año nuestros colaboradores son evaluados y monitoreados tomando en cuenta sus funciones, responsabilidades y la puntuación otorgada a cada tarea.</p> <p>Al momento de firmar su acuerdo de desempeño se le explica cada uno de los puntos detallados y la GUÍA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 63 de 196 Documento Externo SGC-MAP importancia que este tiene para el hospital y los usuarios.</p> <p>Evidencia:</p>	

	Evaluación de desempeño 2021 y 2022, Plan de mejora, capacitación y desarrollo profesional.	
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>El hospital cuenta con un Plan de Capacitación. Las capacitaciones se imparten según lo planeado, el hospital tiene un Código de Ética, elaborado bajo los lineamientos de la Ley General de Salud 42-01 del Ministerio de Salud Pública, Ley 41-08 de Función Pública, los códigos de ética de las diferentes carreras y con la participación del comité de ética y disciplina de la organización: donde están definidas las faltas y sanciones de acuerdo al conflicto presentado y por la cual se rige la institución.</p> <p>Evidencia: Código de ética institucional, ley 41-08 de función pública y Ley General de Salud 42-01. Código de ética de enfermería, bioanálisis y medicina, Resultados medición clima.</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.	<p>Al inicio de cada año el hospital fija las metas a los empleados mediante la evaluación del desempeño en la misma se fija las metas y puntuación a obtener de acuerdo a su capacidad y desempeños de las metas asignadas.</p> <p>A través del plan de capacitación se planifican todas las actividades de capacitación y formación. Se identifican las capacidades de las personas y se comparan con las necesidades de la institución. Se realiza capacitación de forma virtual al personal médico, enfermería y atención al usuario, avalado por la USAID.</p>	

	Evidencia: Fijación de metas, resultados de la evaluación del desempeño 2022, plan de capacitación 2023, listado de participación.	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	<p>Apoyamos nuestros nuevos empleados dándoles asesoramiento necesarios, nos apoyados en los departamentos de los que formaran parte el equipo e individual.</p> <p>Cada departamento de la institución seleccionó un mentor, quien se encarga de guiar, mostrar los diferentes departamentos, presentar al personal del hospital e inducir o dar a conocer los procesos y las actividades del área al nuevo personal.</p> <p>Damos talleres de inducción donde se da a conocer, todo lo concerniente a la institución como la misión, visión, valores y política de calidad. También se les anima a agregar valor para el desarrollo nuestra misión.</p> <p>Evidencia: Talleres de inducción,</p>	
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	.	No se evidencia que se promueve a la movilidad interna..
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>Se establecen planes de desarrollo de competencias individuales del personal, que incluyan habilidades personales y gerenciales, a través de certificados de la ley de carrera administrativa, acorde a los lineamientos establecidos en la ley de administración pública y las oportunidades de participar en capacitaciones.</p> <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. Contamos con un SALON equipado con tecnología donde</p>	.

	<p>periódicamente realizamos actividades educativas y de actualización, contamos un salón multiuso el cual posee equipos tecnológicos como laptop y data show donde se realizan frecuentemente conferencias, charlas, discusión de casos clínicos y diariamente la entrega de guardias, 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>Evidencias: Certificados de empleados de carrera y listados e imágenes de las capacitaciones.</p>	
<p>5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.</p>	<p>El hospital cuenta con un Plan de Capacitación. Las capacitaciones se imparten según lo planeado. El hospital tiene un Código de Ética, elaborado bajo los lineamientos de la Ley General de Salud 42-01 del Ministerio de Salud Pública, Ley 41-08 de Función Pública, los códigos de ética de las diferentes carreras donde están definidas las faltas y sanciones de acuerdo al conflicto presentado y por la cual se rige la institución. Se elaboró un plan de trabajo para dar seguimiento a lo pautado en este código. El centro cuenta con una política de prevención de conflictos de interés la cual nos ayuda a mitigar dichos conflictos. En la medición de clima, el 80% de los colaboradores afirmaron que en su área conciliaban con respeto las diferencias que se presentan en su área.</p> <p>Evidencias: Código de ética institucional, ley 41-08 de función pública y Ley General de Salud 42-01. Código de ética de enfermería, bioanálisis y medicina, Resultados medición clima.</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.		No se evidencia la evaluación del impacto de los programas de desarrollo.
--	--	---

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>El hospital ha establecido una cultura de comunicación abierta y franca, la cual promueve el trabajo en equipo.</p> <p>El proceso de comunicación inicia cada día en la entrega de guardia, donde el personal de salud analiza los resultados del servicio del día anterior y se discuten las técnicas y tratamientos empleados y resultados GUÍA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 69 de 196 Documento Externo SGC-MAP obtenidos. Este trabajo de equipo fortalece a la institución. 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>Con nuestros comités, proseguiremos con la realización de reuniones ya que estas nos ayudan a tomar decisiones, solucionar conflictos y llegar a acuerdos con los intercambios de ideas entre los colaboradores</p> <p>Evidencia: Actas de diferentes comités del hospital, listados. Los buzones de quejas y sugerencia. Charlas de motivación</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>Se crea de forma proactiva, un entorno que propicie el aporte de ideas y sugerencias de los empleados a través de los diferentes comités y las reuniones. 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, seguimiento a indicadores del SISMAP/SALUD, POA del SNS, entre otros.</p> <p>Evidencias: Actas constitutivas de los comités hospitalarios y listados de participación de las reuniones.</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.</p> <p>Los resultados de la encuesta, se presentan a todos los subdirectores y encargados de área.</p> <p>Evidencias Encuesta de clima laboral</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>La organización asegura las buenas condiciones de trabajo físicas, medioambientales.</p> <p>Se aseguran por medio de protocolos de bioseguridad y acciones organizativas como la duración de jornada y descanso.</p> <p>La Encuesta de Medición del Clima Laboral contiene una dimensión que mide la opinión de los empleados sobre la calidad de vida laboral.</p> <p>El departamento de mantenimiento realiza una supervisión general de manera regular para asegurarse que las áreas estén aclimatadas, sin</p>	

	<p>ruidos molestos y la iluminación sea adecuada, en fin, verifica que todo esté funcionando correctamente.</p> <p>Para el descanso tenemos habitaciones confortables para los médicos, enfermera, Bioanalista y personal de salud.</p> <p>Evidencias: Foto de habitaciones médicas. Protocolo de bioseguridad.</p>	
5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.	<p>Se ha realizado la prestación de especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p> <p>Conciliamos la vida laboral con la personal de los empleados.</p> <p>También celebramos el día del Bioanalista, día de las Enfermeras, día del Médico, fiesta de Navidad, día de la secretaria, y eventos especiales, permisos para estudios, permisos por maternidad, permisos por paternidad, licencia a empleados con hijos y familiares con alguna condición de salud y especialmente a las madres con niños porque entendemos que esta conciliación genera mayor productividad y mejor optimización del tiempo.</p> <p>En la encuesta de clima medimos como se sienten los empleados con las facilidades que les concede el hospital en los aspectos antes mencionados.</p> <p>Evidencias: Fotos de celebraciones día del bioanalista, secretarias, enfermera y médicos, licencias y permisos otorgados.</p>	
6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.	<p>En el hospital existe una cultura de atender las necesidades y ayudar en circunstancias personales a los empleados.</p>	

	<p>Se ha realizado la prestación de especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p> <p>Se favorecen con más prioridad a los empleados que lo ameritan, ejemplo: empleados con ayudas otorgadas por motivo de estudios, congresos y ayuda personales.</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>	.	No se evidencia la aplicación de métodos de recompensa y motivación.

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>1. 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>Nuestro Centro de Salud tiene un mapa de todos sus socios clave con los cuales mantiene una estrecha relación.</p> <p>Entre estos socios hay actores del sector público, privado e instituciones mixtas. A continuación, listamos algunos de estos socios clave y el tipo de relación que mantenemos con ellos: Ministerio de Salud Pública y sus dependencias, autoridad sanitaria, cumplimientos de reglamentos técnicos, guías y protocolos de actuación, capacitación en mejora de la calidad del servicio, vigilancia epidemiológica y entrega de los programas como VIH, Tuberculosis y Vacunas con calidad. Servicio Nacional de Salud y sus dependencias (Servicio Regional de Salud, Gerencia de Area VI, Hospitales Municipales y Unidades de Atención Primaria), regulación y capacitación para el desarrollo y fortalecimiento de la provisión de los</p>	

	<p>servicios, articulación en red y desarrollo del sistema de referencias y contrarreferencias. Otros Son: iglesias, cuerpo de bomberos, escuelas, Ayuntamiento Municipal, Junta Central Electoral, Oficina Senatorial, Gobernación Provincial para la aplicación de políticas sociales de salud.</p> <p>Es importante señalar la relación que tenemos con los proveedores con los cuales tenemos contratos comerciales para brindar servicios de gran necesidad para la, en ese mismo tenor, tenemos a Bio-Nova S.R.L. que supe las necesidades de la unidad de Laboratorio, otros actores con los que contamos son 7, las ARS, tanto de SENASA, así como también tenemos otros actores como escuelas, iglesias, Ayuntamiento Municipal y Gobernación Provincial para la aplicación de políticas sociales de salud</p> <p>Evidencias: Imágenes de reuniones de socios clave, contratos y/o convenios con socios clave.</p>	
<p>2. Desarrollan y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio mutuo y apoyarse mutuamente, con experiencia, recursos y conocimiento; incluyendo intercambiar buenas prácticas, servicios en redes y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, entre otros. Por ejemplo: Laboratorios, Centros de Salud, etc.</p>	<p>Desarrollamos y gestionamos alianzas con socios claves que nos ofertan productos que cumplan con los criterios establecidos por los estándares de calidad, tenemos alianzas estratégicas con instituciones afines de la provincia, con colaboración mutua en los servicios productos genéricos normas administrativas, en el caso del ayuntamiento y gestión de desechos</p> <p>En este sentido, destacamos las alianzas con instituciones públicas y privadas, para ofertar servicios así como para garantizar la transparencia en la gestión, entre otras.</p> <p>Tenemos acuerdos con el Instituto de Formación Técnico Profesional (INFOTEP) para la capacitación continua del personal en diferentes áreas.</p> <p>Evidencia: Acuerdos.</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>Tenemos definidos el rol y las responsabilidades de cada socio en los convenios firmados, se establecen las responsabilidades de cada una de las partes a fines, y se definen en ellas, el sistema de control y evaluación.</p> <p>Evidencia Convenios firmados</p>	
<p>4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.</p>	<p>Las alianzas público-privadas con el centro hospitalario son de suma importancia ya que estas nos ayudan a mantener nuestra institución en funcionamiento y mejorar cada día los servicios que ofrecemos.</p> <p>Una muestra de ellos es la visita de la Vicepresidenta de la República, Senadores, Diputados, síndicos del municipio y comunidades vecinas, Policía Nacional, Autoridades militares, 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>En nuestro hospital la selección de los proveedores se realiza dando cumplimiento a la Ley 340-06.</p> <p>La lista de proveedores en el HTNAL, cumple con todos los requisitos establecidos por la DIGECOM</p> <p>Nos aseguramos de seleccionar proveedores que estén comprometidos con cumplir con las leyes del estado y se rijan por ser compañías con responsabilidad civil.</p>	

	<p>Al momento de tener una relación con un proveedor se le solicita una certificación de la DGII, una certificación de la TSS y un Proveedor del Estado con la finalidad de presentar que nuestros suplidores cumplen con las obligaciones que le corresponde por ley de compra y contratación Permaneciendo así asegurando los principios y normas que rigen las contrataciones públicas relacionadas con los bienes, obras, servicios y permisos del estado</p> <p>Evidencias: Listado de proveedores con todos sus datos. Comunicación de solicitud a proveedores</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>Se incentiva la participación y colaboración activa de los ciudadanos /clientes en los procesos de toma de decisiones a través de los buzones de quejas y sugerencias, encuestas de satisfacción al usuario y sesiones de trabajo del comité de calidad. Evidencias: Buzones de quejas y sugerencias (fotos), reporte de buzones de quejas y sugerencias, reporte de encuestas de satisfacción al usuario, comité de calidad.</p> <p>Tenemos distribuido en las diferentes áreas 14 buzones de sugerencia. Se reportaron 34 sugerencias, durante el período en el año 2021. 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. Contamos con un Comité de Calidad Redes sociales (instagram, Facebook, whatsApp) Carta Compromiso Ciudadano. De igual manera en nuestra página web: www.hospitalsenoraderegl.gov.do, redes sociales.</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>Garantizamos la transparencia mediante una política de información proactiva a través del departamento de acceso a la información.</p> <p>Además, contamos como forma de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos, informes de ejecución presupuestaria, compras a través del portal, publicación de la nómina institucional, monitoreo del SISMA/SALUD NOBACI, portal 311 Cada año realizamos la publicación de nuestras memorias institucionales.</p> <p>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 las áreas de servicio.</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>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.</p> <p>El Brochure CCC, se encuentra disponible en las áreas de prestación de servicios, tenemos nuestra segunda versión de la carta compromiso.</p> <p>Evidencia: cartera de servicio Cartera de Servicio, Carta Compromiso al Ciudadano, Resolución de la 2da versión de la Carta Compromiso.</p>	

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.</p>	<p>Mantenemos y aseguramos la transparencia financiera y presupuestaria con controles de libros</p>	

Documento Externo
SGC-MAP

	<p>de entradas y salidas aseguramos una gestión eficiente de los recursos financieros disponibles, nuestra gestión financiera está basada en los objetivos y lineamientos estratégicos de la institución en la Planificación anual</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. 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>Evidencia: POA Y RTP</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>Realizamos esfuerzos para mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, Para asegurar la gestión rentable, eficaz y ahorrativa de los recursos Financieros contamos con un departamento de compras que es el encargado de dar fiel cumplimiento al proceso de compras, el cual es realizado en base a las cotizaciones. Así como también se realizan informes mensuales a través de los cuales se evidencia el uso eficaz de los recursos financieros.</p> <p>Evidencias: cotizaciones de compras, informes financieros. Informes mensuales.</p>	
<p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>	<p>Se toma como base los informes financieros trimestrales e informes anuales históricos y distintos Informes financieros realizados en hoja de cálculos en Excel.</p> <p>Estos informes son supervisados por medio de auditorías del Servicio Nacional de Salud. Los resultados nos ayudan a identificar las oportunidades de mejoras en términos financieros de cómo seguir aumentando y captando recursos para el buen funcionamiento del hospital.</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>Evidencias: Informe financiero trimestral y anual, hojas de cálculo.</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>Nuestra organización aplica herramientas que nos permitan transparentar nuestros ingresos y gastos. 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, anualmente, tomando en cuenta nuestra capacidad de producción y la distribución del presupuesto de acuerdo a los renglones prioritarios de las unidades de producción</p> <p>Evidencias: Matriz de informe trimestral, informes de auditoría acta constitutiva comité de compras. Distribución de pagos y aprobaciones de pago. Informes financieros detallados y recibido de la regional, documentos oficiales entregados a la Oficina de Acceso a la Información mensualmente, Facturas.</p>	
<p>5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.</p>	<p>Reportamos consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables</p> <p>El departamento de Compras elabora el Plan Anual de Compras, junto a los departamentos clave de la institución y participa activamente en la elaboración del POA, elabora informes trimestrales, analiza las decisiones estratégicas del Centro y está atento a las</p>	

	<p>tendencias tecnológicas sociales y económicas del entorno.</p> <p>Tenemos un presupuesto financiero, basado en el inventario de cada departamento, haciendo énfasis en el departamento RRHH, laboratorio clínico, cocina y farmacia, además de material gastable, material de limpieza y lavandería.</p> <p>Evidencias: Presupuesto anual del hospital, Plan de Compras.</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>Se crea una organización centrada en el aprendizaje, a través de capacitaciones que proporcionen sistemas y procesos para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento.</p> <p>El hospital cuenta con una Misión y una Visión, las cuales están claramente definidas y publicadas para el conocimiento de todos los colaboradores de la institución. Así como también tenemos valores que rigen el modo de actuar de los empleados para lograr los objetivos establecidos por la institución. La organización al momento de la entrada de un colaborador mediante el manual de inducción presenta la estructura y funcionamiento de la institución. Además, se realizan reuniones cuando se va a implementar un nuevo servicio con la finalidad de presentarlo, gestionando el conocimiento de la organización.</p> <p>Nuestro departamento de capacitación tiene ya pautado un taller de Excel para los empleados con la finalidad de que adquieran los conocimientos necesarios y puedan trabajar las matrices con mejor facilidad y agilidad.</p>	<p>.</p>

	<p>Evidencias: Listados de participación de capacitaciones, archivo de informaciones, Libreros de los Departamentos y la Dirección, discos duros externo.</p>	
<p>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p>	<p>Garantizamos que la información esté disponible es recogida, procesada y usada eficazmente y realizando informes a la gerencia para la toma de decisiones almacenamos en todas las áreas</p> <p>Evidencias: Facturación, archivo, administración</p>	
<p>3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p>	<p>Controlamos la información y se analiza saliendo por los canales correspondientes atendiendo al plan estratégico y necesidades de los usuarios se mantiene el acceso y el intercambio de información relevante con todos los grupos de interés</p> <p>Garantizamos que la información disponible externamente sea recogida, procesada, almacenada y usada eficazmente.</p> <p>Evidencias: Reporte de buzones de quejas y sugerencias, Sistema 311, reporte de encuestas de satisfacción.</p>	
<p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p>	<p>En nuestro hospital, establecemos redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos como el portal 311, reporte de buzones y encuestas de satisfacción, Carta compromiso al ciudadano.</p> <p>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. GUÌA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 51 de 108 Documento Externo SGC-MAP Con el INFOTEP, también hemos establecido una red de colaboración tendente a la capacitación del personal en diferentes áreas del saber.</p>	

	<p>Evidencia: Portal 311, reporte de buzones de quejas y sugerencias, reporte de encuestas de satisfacción.</p>	
<p>5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.</p>	<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. 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. 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.</p>	
<p>6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.</p>	<p>Nuestra institución cuenta con múltiples instrumentos para difundir las informaciones relevantes de la institución, entre esos mecanismos se encuentran: reuniones interdepartamentales entre el supervisor y los demás colaboradores del equipo y cada lunes se realiza una reunión con la dirección general y los gerentes departamentales en donde se tocan temas de interés para el centro. Se envían comunicaciones y circulares informativas entregadas y certificadas con acuse de recibido por cada encargado de departamento quien a su vez lo socializa con el personal bajo su mando. Estos envíos de comunicaciones se hacen a través de correo electrónico, de talleres y eventos, grupos de WhatsApp memorándum, comunicaciones entre otros.</p> <p>Evidencias:</p>	

	grupos de WhatsApp, comunicaciones recibidas por los encargados departamentales.	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	<p>Con la finalidad de asegurar un intercambio permanente de conocimiento entre el personal de la organización existen protocolos de funciones y de los procesos que se realizan en cada departamento. Entre los protocolos que tenemos están los siguientes: protocolos de medicina interna, ginecología, pediatría, emergencia, laboratorio clínico, entre otros.</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. Como hospital constantemente realizamos actividades de transferencia de conocimiento a empleados de diferentes áreas</p> <p>Evidencias: Protocolos de las áreas, resultados encuesta clima, manuales de capacitación especializada y desarrollo.</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>La institución realiza 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. Realizamos dicha actividad con los grupos de interés de la institución, además estas informaciones están disponibles en la carpeta pública del intranet y en la página web. 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, de esto tenemos las siguientes evidencias:</p> <p>Evidencias: Página web, redes sociales, brochures, Oficina de Acceso a la Información, pero no contamos con evidencia en las que se consolide el acceso y el intercambio de todas las informaciones y datos</p>	

	abiertos relevantes con las partes externas interesadas	
9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.	<p>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</p> <p>Evidencias: Disco duro externo, Código de Ética de las diferentes carreras, Código de Ética Institucional y Contrato de Confidencialidad.</p>	

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.	<p>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, emergencia, hospitalizaciones, entre otros.)</p> <p>Se diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos a través de los servicios de</p>	

	<p>comunicaciones como el internet, la red telefónica y red informática, para el uso del sistema tanto locales como en la web.</p> <p>A fin de obtener la mejora de la calidad nos hemos apoyado de la tecnología orientada a los servicios de salud, por lo que nuestra tecnología está en armonía con los objetivos estratégicos del Centro.</p> <p>El uso de la tecnología nos ha permitido una producción y administración más efectiva en la ejecución de las tareas y por ende aumentamos la productividad de la organización muy a pesar de que nos ha afectado en gran número el proceso de la remoción por la que estamos siendo objeto.</p> <p>Hemos implementado una gestión tecnológica para los servicios médicos, laboratorio y de apoyo administrativo.</p> <p>Evidencias: POA de tecnología, Manual de puesto tecnología, Políticas de Tecnología, programa de mantenimiento, capacitaciones programadas por tecnología, imágenes.</p>	
<p>2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.</p>		<p>No se evidencia el monitoreo sistemático de la rentabilidad.</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 se evidencia la identificación y usos de nuevas tecnologías.</p>
<p>4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.</p>	<p>En vista de que en los actuales momentos contamos con un Data Center físico y necesidad de priorizar los recursos en las áreas de atención al paciente, no hemos iniciado trabajos tendientes a la utilización de herramientas en las nubes, debido al costo de estas, Tenemos aplicaciones un poco obsoletas para obtener las informaciones que le permita ayudar en la toma de decisiones de los procesos hospitalarios y administrativos.</p>	

	Evidencias: Sistema SIGHO	
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.	El hospital cuenta con varios sistemas que garantizan un servicio más eficiente a los usuarios. Con el uso de Facebook, Instagram, pantalla de turno y nuestra página Web damos respuesta oportuna y eficaz. logrando brindar servicio de calidad y mejor interacción. Con cada una de estas plataformas le mostramos a nuestros usuarios los servicios que ofrecemos, damos respuesta a interrogantes, damos informaciones, horarios, entre otros. Evidencias: Sistemas, redes sociales, pantallas televisores del centro, contacto.	
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.		No se evidencia que se tomen medidas para la protección de datos.
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.	Hemos disminuido significativamente el uso de material gastable con el uso del intranet y correo electrónico. Promueve el uso del reciclaje del papel que se daña en las impresiones, el uso del correo en vez de imprimir todas las comunicaciones y el apagado de las computadoras y los televisores cuando termina la jornada laboral. Evidencias: Comunicaciones, fotos, correos a colaboradores.	
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.	Gestionamos los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención el cual nos permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad. Nuestro hospital realiza el proceso de programación de medicamentos e insumos y reactivos de	

	<p>laboratorios, con la finalidad de contar con todas esas herramientas necesarias en un periodo de un año fiscal.</p> <p>Evidencia: Matriz de programación y fotografía de taller, foto de lista de participación.</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. El hospital cuenta con adecuado mobiliario y equipos, así como espacios adecuados para el personal realizar sus tareas, donde los despachos son abiertos. Circulación horizontal y vertical eficiente, ascensores, rampas de acceso, zona de carga y descarga. La ubicación del hospital facilita el acceso rápido a servicios de transporte público (Autobuses, motoconcho, carros de concho), empresas de taxi y el metro. En relación al equipamiento técnico, el mismo</p>	

	<p>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. De igual manera, en las áreas administrativas contamos con computadoras, impresoras de acuerdo a las necesidades de cada gerencia. 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 que cuentan con baños privado. 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> <p>Evidencias: Formularios, facturas, Imágenes de remodelaciones y equipamiento.</p>	
<p>2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.</p>	<p>Nuestro centro cuenta con todas las señalizaciones requeridas para proporcionar instalaciones seguras a todos los colaboradores y usuarios.</p> <p>Poseemos rampas para personas discapacitadas y sillas de ruedas, camillas y carritos para movilizarlos para el traslado internos de los pacientes.</p> <p>Contamos con parqueos para los empleados y usuarios del hospital</p> <p>Evidencias: fotos de parqueo administrativos, foto de parqueos de emergencia, parqueo general, parqueo señalizado discapacitado y embarazadas, fotos sillas de rueda, camillas y carritos.</p>	
<p>3.Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.</p>		<p>No se evidencia que se aplique política de ciclo de vida en un sistema.</p>

<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>	<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. 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> <p>Evidencias: Foto de actividades en el salón.</p>	
<p>5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p>	<p>.</p>	<p>No se evidencia el uso eficaz de los medios de transporte.</p>
<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).</p>	<p>Se garantiza la adecuada accesibilidad física al edificio a través del acceso al estacionamiento, el transporte público y la disposición de nuestros salones para la ejecución de actividades</p> <p>Contamos con un parqueo en la parte frontal del edificio, por la ubicación del hospital, el acceso a transporte público está garantizado, taxis, identificados.</p> <p>Evidencia: Fotografías.</p>	
<p>7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.</p>	<p>Contamos con un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastre</p> <p>Evidencia: plan de emergencia y desastres. Listado de comité de emergencia y desastres.</p>	
<p>8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)</p>	<p>Nuestro hospital cuenta con un Plan de Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura y Mobiliario.</p> <p>Evidencias: Plan de Mantenimiento.</p>	

<p>9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).</p>	<p>En el Hospital Nuestra Sra. de Regla, contamos con un programa de administración de Bienes de la Red pero no tenemos un personal asignado para trabajarlo, por lo que no tenemos un inventario actualizado.</p> <p>Evidencia. Listado de inventarios</p>	
<p>10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.</p>	<p>En el HNSR, contamos con contenedores debidamente identificados, tenemos identificados y clasificamos los desechos y residuos sólidos. Usamos los servicios del ayuntamiento.</p> <p>Evidencia: Fotos del contenedor.</p>	

CRITERIO 5: PROCESOS.

Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>La organización: I. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.</p>	<p>Tenemos un Mapa de Proceso con el acompañamiento del MAP, contamos con los protocolos médicos definidos, descritos y documentados.</p> <p>La institución cuenta con un manual de procesos en las que se encuentran definidos y esquematizados todos los procesos, especialmente los procesos clave que añaden valor al servicio brindado y que inciden directamente en la satisfacción de los usuarios.</p> <p>En nuestro mapa de procesos se esquematizan claramente los procesos que llevamos a cabo, entre los que podemos mencionar: procesos estratégicos, procesos misionales, procesos de apoyo a la gestión clínica y la gestión administrativa.</p> <p>También representa el funcionamiento de la organización lo que es coherente con la estructura organizativa. Contamos con Manuales de</p>	

	<p>Procedimientos, las Guías Clínicas, Protocolos de Atención y Reglamentos Técnicos, los cuales contienen los procesos de la gestión clínica y gestión administrativa financiera.</p> <p>Evidencias: Manual de proceso, mapa de proceso, organigrama, protocolos, guías, normas.</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, moverse de un lugar a otro a realizar actividades. Tomamos en cuenta las opiniones de los empleados y los grupos de interés externos recogidos en las diversas encuestas de satisfacción, buzones y encuesta de clima para mejorar los procesos.</p> <p>Evidencias: Ver instrumentos de las encuestas y formulario de buzones de quejas y sugerencias.</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>En el marco de aprendizaje que nos brinda el uso del modelo CAF, estamos estableciendo una cultura innovadora de los procesos en nuestra organización. Se impulsa a la innovación y la optimización de procesos participando en actividades de aprendizaje de prácticas nacionales e internacionales; ya que nuestro sistema de digitalización nos permite tener el alcance necesario para el logro de dicho objetivo.</p> <p>Evidencias: Invitaciones y Listados de participación, Imágenes de participación en videoconferencias, reuniones virtuales, Webinar, entre otros.</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>Se analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, para asegurar el cumplimiento de los objetivos de la organización y las expectativas de los ciudadanos/clientes y su adaptación a los cambios del entorno, al tiempo que se asigna los recursos</p> <p>De manera rutinaria, el Hospital monitorea y evalúa sus procesos, por ejemplo, el Censo Diario es un indicador de procesos que medimos diariamente para ver la disponibilidad del recurso cama hospitalaria, el día cama disponible y día cama ocupada, son también usados para medir procesos, el porcentaje ocupacional y los días de estancia son otros indicadores para monitorear y evaluar nuestros procesos. Mensualmente estos indicadores se reportan para su monitoreo en el Formulario 67- A. Utilizamos otros indicadores como la presión de urgencias, rendimiento de consulta externa y rendimiento del quirófano para monitorear la eficiencia de nuestros procesos de atención.</p> <p>Evidencias: Indicadores del 67-A del cuadro de hospitalización, cuadro de indicadores del monitoreo.</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>Sí, se establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos a través de la carta compromiso al ciudadano, el cumplimiento de las actividades del POA y evaluación de desempeño. Nuestros objetivos van orientados a la satisfacción del usuario para brindar servicio de calidad, calidez y oportunidad.</p> <p>Estamos comprometidos con los usuarios., la comunidad e instituciones a obtener resultados excelentes de los indicadores tales como</p> <p>Evidencias: Compromisos de Calidad en la CCC, Evaluación de desempeño, RTP.</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>El hospital mantiene una constante comunicación con relación a la provisión de servicios de servicios y el control epidemiológico, se elabora un plan anual de medidas de control epidemiológico el cual es llevado a cabo en la fecha programada con la finalidad de reducir las infecciones asociada a la atención en salud y mantener nuestro centro en optima condiciones para su operativización.</p> <p>El Servicio Nacional de Salud evalúa la calidad de los servicios de nuestro centro con la finalidad de mejorar los indicadores, protocolos y normas establecidas y por ende mejorar la calidad de los servicios.</p> <p>En esta supervisión se realizan auditorias de expedientes clínicos, donde se verifican expedientes de distintas especialidades y se evalúa el nivel de cumplimiento de cada departamento.</p> <p>Evidencia: reporte de auditoria del control de normas y protocolos, plan anual de medidas de control epidemiológicos, informe de seguimiento al plan de control epidemiológico</p>	
<p>7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.</p>	<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> <p>Nuestra organización a través del departamento de calidad en los servicios gestiona que todos estén habilitados por las autoridades competentes y que el hospital cumpla con todos los requisitos para permanecer continuamente habilitado.</p> <p>Evidencia: Copia de la habilitación.</p>	

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

Documento Externo
SGC-MAP

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. 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>Se Realizan encuestas diarias, encuesta 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>Se involucra a los ciudadanos/clientes y grupos de interés en el diseño, entrega y mejora de los servicios y productos y en el desarrollo de estándares de calidad, a través de la realización de Encuesta de Satisfacción al Usuario, buzones de quejas y sugerencias, sistema 311.</p> <p>Evidencias: Reporte de Encuestas de Satisfacción al Usuario, reporte de los buzones de quejas y sugerencias, apartado de Quejas, sugerencias y medidas de subsanación de la CCC, Portal 311.</p>	
<p>2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p>	<p>Contamos con área de esterilización, y Autoclave a vapor para el reciclaje de productos que se puedan reutilizar.</p> <p>Evidencias: Fotos del área de esterilización, fotos del autoclave y area donde se preparan los paquetes quirúrgicos.</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>Nuestro Hospital promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización a través de la colocación de carteles visible para nuestros usuarios y por medio de las redes sociales.</p> <p>Evidencias: Cartera de servicios a las UNAP, redes sociales de la institución, Whatsapp, Instagram, Facebook, pagina web.</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: 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 Evidencia: Esquema de organización de la red, mapa de involucrados, cartera de servicios, mapa de procesos</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>Contamos con área de informática la cual ha realizado varios levantamientos, cotizaciones, requisiciones de equipos (Servidor, UPS, Computadoras, entre otros); con el objetivo de mejorar los servicios digitales de nuestra institución, que garantice la protección de los datos. Evidencias: Fotos de computadoras, requisiciones, cotizaciones y facturas, reuniones con varios suplidores para propuestas de programas de digitalización a implementar en nuestra institución hospitalaria.</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>Tenemos contratados diferentes prestadoras de salud como son: SENASA SUBSIDIADO, SENASA CONTRIBUTIVO, GMA, ASISTANET, FUTURO, entre otros, trabajamos también en conjunto con la Dirección Provincial de Salud, Gerencia de Área de Salud, Hospitales Municipales, Centros de Primer</p>	

	Nivel de Atención, Centro de rehabilitación de mujeres, Escuelas y Universidades. Evidencias: lista de instituciones, lista de procesos relacionados con las instituciones.	
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.		No se evidencia el desarrollo de asociaciones.

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	Los resultados de las encuestas que hemos aplicado desde 2021 al 2022, pudimos observar como la	

<p>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>	<p>imagen global y reputación del Hospital se ha consolidado cada día más en las preferencias de los Usuarios y la satisfacción de nuestros servicios aumenta.</p> <p>Como elementos claves destacamos: Grado de conocimiento de nuestra institución 100%.</p> <p>El 85% de nuestros usuarios calificó su experiencia de los servicios de bueno a excelente.</p> <p>El 98% de nuestros usuarios se encuentran satisfechos de los servicios ofrecidos.</p> <p>Área en la que recibió mejor trato consulta externa con un 86%.</p> <p>El 81% de los usuarios calificó de bueno a excelente el trato humanizado y amable.</p> <p>Hemos implementado cambios en los formularios, para los buzones que nos permiten medir otras necesidades y expectativas de los usuarios.</p> <p>Atención al usuario brinda y canaliza las soluciones personalizadas.</p> <p>Evidencias: Resultados Encuestas de Satisfacción de usuarios externos años 2021,2022, resultados de Encuestas (emergencia, hospitalización y consulta, 2021, 2022.</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>En el año 2022 hemos obtenidos en los resultados de las encuesta de satisfacción realizada a los usuarios de nuestro centro de salud un 93.29%, en la cual seguimos aumentando en los servicios realizados, reflejado dicho aumento en los porcentos de cada encuesta.</p> <p>Nuestra encuestas de enero -mayo en lo que va de este año 2023 arrojaron en la satisfacción general de los usuarios el 97.89%.</p> <p>En nuestro centro de salud contamos además con páginas web, Instagram, Facebook, watsap, volantes, murales y buzones de quejas y sugerencias. con el uso creado para que los usuarios tenga facilidades de las</p>	

informaciones, quejas y sugerencias que nos quieran comunicar

		¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió?	¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atendió?	¿Cómo considera la facilidad y rapidez del servicio brindado?	¿Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atendió?	¿Cómo considera el acceso a los servicios solicitados?	¿Cómo considera el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados?	¿Cómo considera la higiene y comodidad del espacio físico?	En general, ¿Cómo considera la calidad del servicio recibido?	¿Recomendaría a esta persona atenderse en este establecimiento de salud?
3	Muy Mala	0	0	0	0	0	0	1	0	
4	Mala	1	1	1	2	1	2	7	1	
5	Regular	18	25	34	61	80	88	96	65	Si
6	Buena	722	888	790	1171	1217	1217	1106	1231	No
7	Muy Buena	814	691	645	1031	973	958	1055	968	T
11	Satisfacción	1536	1529	1520	2202	2184	2175	2161	2199	96.9%
12										0.5%
14	Amabilidad	96.78%								
15	Profesionalidad	98.19%								
16	Facilidad y Rapidez	97.93%								
17	Manejo de las Informaciones	97.22%								
18	Acceso a los Servicios	96.42%								
19	Tiempo para recibir Resultados	96.03%								
20	Higiene y Comodidad	95.41%								
21	Calidad del Servicio	97.08%								

Atributos	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Total	B + MB	Satisfacción
Amabilidad	0	1	18	722	814	1,555	1,536	98.78%
Profesionalidad	0	1	25	888	691	1,555	1,529	98.32%
Facilidad y Rapidez	0	1	34	790	790	1,555	1,520	97.73%
Manejo de las Informaciones	0	2	61	1171	1031	2,265	2,202	97.22%
Acceso a los Servicios	0	1	80	1217	973	2,265	2,184	96.42%
Tiempo de Espera	0	2	88	1217	958	2,265	2,175	96.03%
Higiene y Comodidad	1	7	96	1106	1055	2,265	2,161	95.41%
Calidad del Servicio	0	1	65	1231	968	2,265	2,199	97.08%
Promedio General de Satisfacción								97.13%
Servicios								Satisfacción
Hospitalización								97.93%
Imágenes								98.92%
Laboratorio								98.68%
Emergencia								96.77%
Consulta Externa								98.05%

Evidencias:
Plan de comunicación interna y externa, resultados de las encuestas de satisfacción.

<p>3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p>	<p>Se le permite al ciudadano la participación vía encuestas, buzón de queja y sugerencia y los grupos focales.</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>Evidencias: Reporte de encuestas de satisfacción al usuario, reporte de buzones de quejas y sugerencias, sistema 311.</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. Disponemos de una página web a la que puede acceder el público en general.</p> <p>También nos pueden contactar e informar a través de las redes sociales, como son, watsap, Instagram. En adición a esto el personal de Atención al Usuario imparte charlas informativas en todas las salas de espera.</p> <p>Transparentamos el funcionamiento de la organización, en la explicación de la legislación aplicable, en los procesos de toma de decisiones</p> <p>Evidencias: Memorias Institucional física portal de transparencia, redes sociales</p>	

5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.

En nuestro centro el 98.12% de los usuarios de consulta, se siente muy satisfecho con la imagen de la institución, 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 98% de los usuarios entrevistados volvería al hospital y el 99% lo recomendaría. En emergencia el 96% de los usuarios recomendaría el hospital y el 98%. En hospitalización el 99.5% recomendaría el hospital

Evidencias: capture de pantallas

¿Recomendaría a otra persona atenderse en este establecimiento de salud?
99.5%

Nivel de satisfacción de los usuarios en lo que va del 2023, según las encuestas:

Hospitalización	98.05%
Imágenes	98.99%
Laboratorio	98.64%
Emergencia	96.82%
Consulta Externa	98.12%
Promedio General de Satisfacción	97.24%

Nivel de satisfacción por atributos

Amabilidad	98.79%
------------	--------

	Profesionalidad	98.43%	
	Facilidad y Rapidez	97.76%	
	Manejo de las Informaciones	97.31%	
	Acceso a los Servicios	96.60%	
	Tiempo para recibir Resultados	96.11%	
	Higiene y Comodidad	95.67%	
	Calidad del Servicio	97.26%	

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.).		No se evidencia
2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).	<p>Seguimos implementando nuestra figura de calidad en los servicios brindados en el centro hospitalario nos guiamos por las encuestas de satisfacción realizada día a día a los usuarios, estas encuestas son reportadas a final de cada mes a Calidad en los Servicios de este centro de salud. En el año 2022 obtuvimos un nivel de satisfacción de los usuarios de 96.65%, resultados de encuestas 2022.</p> <p>La calidad de nuestros servicios cumple los estándares establecidos y comprometidos, en nuestra carta Compromiso, contamos con una unidad de atención que asesora y da recomendaciones a los ciudadanos clientes, manejamos sin inconvenientes la entrega de citas y resultados, nuestros equipos están siempre en condiciones y disponibles, contamos un comité de calidad que se reúne cuantas veces sea necesario, en busca de la calidad de los</p>	

	<p>servicios, tenemos un sistema de administración de los desechos.</p> <p>Evidencia: Informe de encuesta</p>	
<p>3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p>	<p>El centro cuenta con una amplia cartera de servicios la cual cubre con las diferentes necesidades de los usuarios sin importar género, edad o estatus económicos.</p> <p>Conocemos las características de nuestra población y planificamos los servicios para darles respuestas. Disponemos de consultas específicas para niños/niñas y adolescentes.</p> <p>Nuestros servicios están diferenciados según la necesidad, edad, y género, contamos con un horario de consulta, Pediatría, ginecología, obstetricia adultos y adolescentes etc.</p> <p>Evidencia Cartera de servicio</p>	No se ha medido
<p>4. Capacidades de la organización para la innovación.</p>	<p>El Hospital Provincial Nuestra Sra. de Regla contamos con el software SINERGIA exclusivo del área de laboratorio, el cual es implementado para trabajar las 3 etapas analíticas: pre analítica, analítica y post analítica; gracias a este programa hemos Implementación programa digitalización servicios médicos reduciendo así el tiempo de respuesta y brindar seguridad en los resultados entregados.</p> <p>Evidencias: Fotos facturas adquisición de nuevas herramientas, foto sinergia.</p>	No se Implementa un programa de digitalización en los servicios médicos, no existe medición
<p>5. Digitalización en la organización.</p>	<p>Contamos con diversas computadoras en las diferentes áreas las cuales son utilizadas para los procesos según el área</p> <p>Evidencias: Fotos de las computadoras, fotos del sistema de turno, foto de historial médico computarizado.</p>	No se ha medido

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>En nuestro centro el tiempo de espera dependerá de las áreas, por Ej: atención al usuario en archivo el tiempo es de unos 30 a 45 minutos, consulta especializada de 30 minutos a 1 hora promedio, embarazadas de 30 a 45 minutos, las citas dependerá también de la especialidad, para cirugía es de 7 a 14 días, Ginecología 7- aún mes, Psiquiatría sin espera, Guía Cardiología de 7 a 15 días, Laboratorios no tenemos fechas con exactitud, en Imágenes de horas a 2 días dependiendo de la prueba, en emergencia depende de la urgencia de 0 a 1 hora</p> <table border="1" data-bbox="804 1068 1312 1255"> <tbody> <tr> <td>Facilidad y Rapidez</td> <td>97.75%</td> </tr> <tr> <td>Manejo de las Informaciones</td> <td>97.22%</td> </tr> <tr> <td>Tiempo para recibir Resultados</td> <td>96.03%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Evidencia: Reporte de encuestas de satisfacción de usuarios</p>	Facilidad y Rapidez	97.75%	Manejo de las Informaciones	97.22%	Tiempo para recibir Resultados	96.03%	
Facilidad y Rapidez	97.75%							
Manejo de las Informaciones	97.22%							
Tiempo para recibir Resultados	96.03%							

<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>Nuestro hospital cuenta con un equipo para la apertura de los buzones de sugerencia dirigido por el departamento de calidad, e integrado por atención al usuario, administración encargado de almacén y farmacia, equipo responsable de dar soluciones a todas las quejas, en un máximo 10 a 15 días laborables, dependiendo la complejidad de la misma, recolectando los datos del usuario y poniéndose en contacto con el mismo al momento de tomar una medida de subsanación.</p> <p>Estos buzones son abiertos cada viernes de cada semana por el comité, una vez despejados nos registramos en el formulario para la Apertura de Buzones de Quejas y Sugerencias los nombres de los participantes de dicha apertura, luego se leen cada quejas y sugerencia en donde con conformidad del comité si se puede resolver de inmediato esta queja se le hace una llamada al usuario dirigiéndonos a ellos de una manera gentil y humanizada, solicitándole que puede pasar a retirar sus estudios o para recibir la consulta y si es una queja con nuestro personal se les llama a su encargado inmediato para comunicarle la gravedad del asunto y de manera tal de que si requiere una amonestación será amonestado.</p> <p>El Cumplimiento de nuestra Cartera de Servicios está en 94%</p> <p>Cumplimiento de los estándares comprometidos</p> <p>Hospitalización 97.93%</p> <p>Imágenes 98.92%</p> <p>Laboratorio 98.68%</p> <p>Evidencias:</p> <p>libro de registros de quejas con sus soluciones</p> <p>plataforma SISMAP</p> <p>Reporte de encuestas de satisfacción</p>	
<p>4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanación) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.</p>	<p>Se realiza un plan de mejora como solución a solventar los hallazgos arrojados en las encuestas de satisfacción a los usuarios y las quejas y sugerencias reportadas por los diferentes canales que dispone el establecimiento.</p>	

	<p>Las quejas de los buzones tienen una agilidad de respuestas de en un periodo de 10-15 días para dar respuestas a nuestros usuarios, ojo inmediatamente abrimos los buzones llamamos al usuario le comunicamos su queja y les informamos que les daremos respuesta en tantos días antes ya mencionados.</p> <p>Evidencia: Listado de participación en apertura de buzones.</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>Cumplimos con el grado de los indicadores de eficiencia sanitaria</p> <p>Evidencias 67-A</p>	
6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	<p>Si, la misma es acorde a los servicios que ofertamos siendo un hospital de segundo nivel, visualizando el paciente como centro del universo y nuestra responsabilidad de brindar una atención integral. Nuestra cartera de servicios es actualizada de manera regular</p> <p>Evidencia: Cartera de servicios</p>	
7. Índice de Satisfacción de Usuarios.	<p>Nuestros usuarios se encuentran muy satisfechos con el trato brindado en nuestro centro de salud con un 92.4% de satisfacción de usuarios de los 6 atributos de calidad.</p>	

MATRIZ ATENCION USUARIO SATISFACION 2022 - Microsoft Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1									
2	Atributos	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Total	B + MB	Satisfacción
3	Amabilidad	4	14	233	3327	2148	5.728	5.475	95.62%
4	Profesionalidad	1	7	244	3465	2009	5.728	5.474	95.60%
5	Facilidad y Rapidez	3	18	342	3462	1901	5.728	5.383	93.80%
6	Manejo de las Informaciones	5	10	288	3483	1940	5.728	5.423	94.71%
7	Acceso a los Servicios	2	14	320	3562	1828	5.728	5.390	94.13%
8	Tiempo de Espera	2	10	338	3529	1857	5.728	5.386	94.04%
9	Higiene y Comodidad	3	12	349	3333	2029	5.728	5.392	93.94%
10	Calidad del Servicio	3	13	305	3408	1997	5.728	5.405	94.39%
11								Promedio General de satisfacción	94.48%
12									
13								Servicios	Satisfacción
14								Hospitalización	96.15%
15								Imágenes	96.50%
16								Laboratorio	96.55%
17								Emergencia	94.22%
18								Consulta Externa	92.87%

El índice de satisfacción en los usuarios lo visualizamos y medimos a través de la encuestas que realizamos diariamente
Evidencia.
Matriz

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.	Los medios o canales de información con los que contamos están: Oficina libre acceso a la información, Facebook, página web, mural institucional, revistas locales, Instagram, brochures, Wathsap, revistas y volantes, pantalla informativa, correos electrónicos. Estos medios de comunicación nos vinculan con nuestros usuarios con el fin de facilitar el acceso a los servicios y que estos sean brindados con calidad y	

	<p>oportunidad. Todas estas informaciones se pasan por las pantallas gigantes.</p> <p>Evidencia: printscreens de canales de comunicación, fotos de brochures y volantes, screenshot de correos electrónicos, foto de pantalla informativa</p>	
<p>2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)</p>	<p>La Ley General de Salud (42-01) establece 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. 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. El archivo del hospital cuenta con el historial clínico de los pacientes, quienes tienen acceso a su expediente, tal como lo establece la ley. A través de la Oficina de Libre Acceso a la 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 informes cuatrimestrales.</p> <p>El nivel de confianza de los usuarios en nuestros servicios queda evidenciada cuando les preguntamos</p>	

	<p>si volvería y si recomendaría el hospital En el Manual de Procesos posee definido el o los, responsables de cada una de las gestiones de las actividades que componen los procesos en 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. En la sala de espera de las consultas en el hospital, l se encuentra una 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>Con nuestro Plan Operativo Anual definimos y socializamos con los colaboradores todos los objetivos de la institución con la finalidad de centrar esfuerzos donde sea necesario y dirigir los gastos a las áreas más prioritarias.</p> <p>Se realiza monitoreo del POA por ende nos mantenemos trabajando constantemente por los objetivos de nuestra organización</p> <p>Evidencia: POA, Matriz de ejecución del POA</p>	<p>No se evidencia que se socializa de manera regular con los colaboradores de la institución los objetivos.</p>

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. 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>Nuestra institución hospitalaria sostiene relación estrecha en muchos del proceso con diferentes entidades y grupos de interés para el diseño de la prestación de los servicios, basado en la implementación de diversos programas: Modulo de Gestión para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materno-Neonatal, entre otros.</p> <p>Evidencias: Fotos, listado de participación, publicaciones, minutas, acuerdos y planes de mejoras</p>	<p>No se ha medido el porcentaje de cumplimiento; a pesar de que se han implementado y llevado a cabo varios programas con miras a eficientizar la calidad de los servicios.</p>

	con: Ministerio de Salud Pública (MSP), Servicio Nacional de Salud (SNS), entre otras.	
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).	En nuestra institución hospitalaria se han incluido varios servicios para la atención de nuestros usuarios, de los cuales llevamos un registro mensual: Evidencias: Reporte Estadístico 67-A.	No se ha medido, en este sentido, contemplamos la posibilidad de la medición de los resultados del cumplimiento tomando en cuenta los indicadores correspondientes para obtener dichos resultados.
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).	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. 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 70% de nuestros empleados son mujeres y no hacemos discriminaciones ni para la contratación, ni para la atención relacionadas con preferencias sexuales. En relación a los criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención la adversidad (genero, orientación sexual, etc.) en la institución, el 85% de los usuarios internos se siente entre satisfecho a muy satisfecho. Evidencia: Contratos	

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>Con relación a los resultados de la digitalización en los productos y servicios tecnológicos de nuestra organización podemos exhibir las reuniones mediante plataformas como Zoom, Microsoft Teams y Google Meet. Reuniones establecidas entre nuestro centro y entidades externas con la utilización de estas aplicaciones pudimos aun en medio de la pandemia seguir comunicándonos a través de reuniones donde se redujo el costo de traslado y el tiempo de espera para llevarlas a cabo. A través de las mismas continuamos adquiriendo conocimientos necesarios para realizar nuestro trabajo con eficiencia y calidad.</p> <p>Evidencia: lista, minuta y fotos de las reuniones realizadas a través de la plataforma.</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>Mantenemos una participación con nuestros usuarios de manera directa a través de nuestros diferentes medios de comunicación, por medio de las mismas los usuarios pueden expresar sus quejas, sugerencias, dudas y felicitaciones. A través de nuestro Portal de Transparencia mantenemos actualizados a los usuarios con las diferentes informaciones de más interés como la cartera de servicios y nuestra carta compromiso al ciudadano. Cada actualización de informaciones es colocada en las diferentes redes sociales para mantener una continua comunicación con los usuarios.</p> <p>Evidencias: screenshot de las redes sociales, portal de transparencia, carta compromiso al ciudadano.</p>	

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>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>	<p>La imagen y el rendimiento de la organización en la sociedad, la medimos de hemos recibido felicitaciones y reconocimientos, los usuarios clientes externos ven la imagen global de la organización como bueno.</p> <p>Hemos mejorado la imagen y el rendimiento general de la organización para la sociedad en cuanto a las mejoras en la infraestructura y en la ampliación de nuestra Cartera de Servicios.</p> <p>Evidencia: fotos, videos, publicaciones en nuestras Redes Sociales, Encuestas de Satisfacción al Usuario, informes de buzones de sugerencias, Cartera de Servicios Actualizada.</p>	
<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>	<p>El departamento de Recursos Humanos realizo un taller de inducción con el personal de nuevo ingreso, se socializa lo que es la misión, Visión y Valores de nuestra Institución, para la Carta Compromiso, se sensibilizó con los Gerentes Departamentales, con miras a que estos continúen transmitiendo a sus colaboradores nuestra Misión, Visión y Valores Por medio a reuniones con los gerentes departamentales se ha se logrado involucrar al personal en la toma de decisiones y soluciones de problemáticas que afectan a nuestro centro.</p>	
<p>3. La participación de las personas en las actividades de mejora.</p>	<p>Los colaboradores se han involucrado en la toma de decisiones, ejecución de la Carta Compromiso, involucramiento en la aplicación del Modelo CAF. Los diversos comités del hospital también son canales para debatir e implementar las mejoras en la gestión clínica y administrativa. Implicamos a nuestros colaboradores en las actividades de mejora. Se han involucrado en la toma de decisiones, asistencia a</p>	

	<p>benchmarking en distintos hospitales, ejecución de la Carta Compromiso, involucramiento en la aplicación del Modelo CAF, elaboración y diseño de la Estructura Organizacional. Los diversos comités del hospital también son canales para debatir e implementar las mejoras en la gestión clínica y administrativa. En los resultados de la medición del clima laboral, en la dimensión mejora y cambio obtuvimos las siguientes respuestas: 80.00% de los colaboradores estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en que en su área buscan nuevas formas de brindar los servicios.</p> <p>Evidencias: Resultados encuestas de satisfacción de personal, resultados encuesta de clima laboral 2022, lista de socialización de plan de mejora y listado de reuniones, carpeta de carta compromiso, listado de conformación de los comités.</p>	
<p>4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.</p>	<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>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 podemos decir que las soluciones en el HPNSR, 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>Evidencia: 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>En nuestro centro contamos con varios mecanismos de consulta y dialogo a lo interno: Reuniones de entrega de guardia: todos los días se analiza en esta los resultados del servicio del día anterior y se toman medidas correctivas. Comités (Calidad y Seguridad del Paciente, Comité de Mortalidad Materna, Comité de Morbilidad Materna Extrema, comité de emergencias y desastres, comité de bioética, comité farmacoterapeutica). Reuniones y encuentros con grupos políticos de la provincia. Dirección de Área de Salud, Servicio Regional, Dirección Provincial de Salud, y hospitales municipales.</p>	
<p>6. La responsabilidad social de la organización.</p>	<p>Somos una institución enfocada en el bienestar social, nuestra responsabilidad está basada en nuestra misión, visión y valores 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 tránsitos; 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 Evidencias: Listados de participación, Redes sociales, fotografías</p>	
<p>7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.</p>	<p>El Hospital Regional Nuestra Sra. de Regla viene desarrollando una cultura de cambio e innovación, involucrando los colaboradores y grupos de interés en los planes de mejora desarrollados en las distintas áreas: Enfermería Obstetricia Mantenimiento, plan de Mejora Institucional También tenemos constituidos y actualizados la mayoría de los comités</p>	

	<p>hospitalarios, digitalización de los procesos internos institucionales, mejoras en la Infraestructura en diferentes áreas.</p> <p>Evidencias: Acta Constitutiva de Comités Hospitalarios, planes de mejoras, fotos, listados de participación, minutas.</p>	
8. El impacto de la digitalización en la organización.	<p>En la actualidad tenemos computadoras instaladas en las diferentes áreas de trabajo de nuestra institución, las mismas 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.</p> <p>Evidencia: Equipos</p>	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	<p>Nuestros procesos generales, están diseñados de manera continua, es decir desde que el paciente llega 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>Digitalización de varias áreas, aumento de puntos de facturación, aumento de equipos médicos para la realización de estudios y procedimientos de las especialidades médicas.</p> <p>Evidencias: Fotos, computadoras, UPS, entre otros, requisiciones, cotizaciones y facturas. Cartera de Servicios.</p>	

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

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

Documento Externo
SGC-MAP

<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>Nuestra dirección general, el departamento de planificación y desarrollo y la administración, son los responsables de definir los objetivos, metas y presupuesto del POA.</p> <p>Esto se hace con la participación de los gerentes departamentales de la organización, quienes son los responsables de comunicarla a todos los colaboradores.</p> <p>El rendimiento se monitorea y evalúa cada trimestre y se entregan reportes mensualmente para el debido seguimiento.</p> <p>Evidencias: POA, lista de participación de socialización del POA, reportes del monitoreo trimestral.</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 contamos con los Manuales de protocolos de procedimientos en los cuales están plasmadas las informaciones de cómo realizar sus actividades.</p>	
<p>3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.</p>	<p>El manual de cargos y funciones describe las características y actividades de cada persona que ocupa un puesto.</p> <p>Cada empleado debe cumplir con unos criterios que definan su perfil al momento de asignar responsabilidades.</p> <p>También el POA y el Manual de Procedimientos contienen las tareas a realizar por áreas.</p> <p>En el estudio de clima les preguntamos si su supervisor distribuye el trabajo de acuerdo a capacidades o competencias, y el 80.00% respondió positivamente. Se realiza acuerdo de desempeño al inicio de año se firman los acuerdos de desempeño entre los encargados de departamentos y sus</p>	

	<p>posteriormente al final de año la evaluación de desempeño.</p> <p>Los resultados de las evaluaciones son tomados en cuenta para entregar los incentivos económicos, el movimiento de personal y los reconocimientos.</p> <p>Evidencia: POA, Manual de Cargo, Manual de Procedimientos, resultados de la evaluación de desempeño, encuesta de clima, encuesta de satisfacción de empleados.</p>	
4. La gestión del conocimiento.	<p>En nuestro Hospital nos apegamos a nuestro Plan de Capacitación Anual, basado en el levantamiento de las necesidades. Además, participamos en la mayor parte de las capacitaciones a las que se nos convoca de parte de las instituciones que nos dirigen (Ministerio de Salud Pública (MSP), Servicio Nacional de Salud (SNS) y otras más.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Plan de Capacitaciones Anual, fotos, Convocatorias e invitaciones, listados de participación, minutas, publicaciones en nuestras redes sociales.</p>	
5. La comunicación interna y las medidas de información.	<p>Mantenemos una buena comunicación y un ambiente de armonía que se refleje hacia el servicio que ofrecemos a la ciudadanía.</p> <p>La comunicación interna la tenemos de diversas formas: correo electrónico, circulares, comunicados, grupos de WhatsApp.</p> <p>Evidencias: Fotos.</p>	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	<p>En nuestra institución reconocemos el talento humano, la calidad, y esfuerzo individual de cada uno de nuestros colaboradores y el trabajo. Evidencia: Fotos.</p>	
7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	<p>Nuestros cambios están enfocados al futuro y a largo plazo, según los nuevos desafíos y demandas.</p> <p>Evidencia:</p> <p>Copia solicitudes de nuevas herramientas y equipos</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.</p>	<p>Contamos con excelente ambiente de trabajo armónico en donde nuestros colaboradores pueden expresar su idea.</p> <p>Hemos logrado un buen ambiente de trabajo mediante el respeto hacia los colaboradores y las normas, acceso a la información, conocimiento de las reglas establecidas y protocolos, confianza y utilizando un liderazgo inclusivo.</p> <p>En la encuesta de clima obtuvimos una satisfacción general de 80.00% de los entrevistados</p> <p>Evidencia: Resultados de la Encuesta Clima Laboral.</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>Somos una institución de apoyo y siempre estamos dispuestos a facilitar las condiciones laborales de nuestro equipo y a conciliar humanamente cualquier situación que se presente.</p> <p>En sentido general les damos un buen enfoque a las cuestiones sociales tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidad de horario al personal que posee problemas de salud. • Permisos para estudios • Flexibilidad de horario por distancia • Permisos para cuidar a sus familiares enfermos. <p>Evidencias: Solicitud de permisos a RR.HH,</p>	<p>No se ha medido</p>
<p>3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.</p>	<p>Valoramos al personal ante las tomas de decisiones con justicia y equidad.</p> <p>La equidad es la idea que tiene como objetivo el reparto proporcional entre personas con diferentes tipos de necesidades con el objetivo de igualarnos a todos y brindar las mismas oportunidades.</p> <p>Contamos con un manejo de igualdad de oportunidades y equidad en el HPNSR, tenemos empleados con discapacidad y el trato es equitativo; además, contamos con empleados de diferentes</p>	<p>No se ha medido</p>

	sexos en áreas de limpieza, lavandería, seguridad, enfermería, entre otras Evidencia: Foto de Contratos	
4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.	En estos momentos nuestro hospital se encuentra en remodelación, por lo que nuestra infraestructura está siendo expuesta a diversas modificaciones, pero aun así, mantenemos las condiciones ambientales necesarias para el trabajo. Evidencias: fotos	No se ha medido.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.	Como institución con miras al progreso motivamos al personal a capacitarse continuamente. Contamos con nuestro programa de capacitación continua (Plan de Capacitación Anual) en donde se le oferta una gamma de talleres, cursos, conferencias y capacitaciones. En nuestra Institución ofrecemos oportunidades a las comunidades para realizar pasantías tanto técnicas como profesionales. Evidencia: Plan Anual de Capacitación, fotos, los acuerdo inter institucional.	
2. Nivel de motivación y empoderamiento.	En nuestro Hospital tomamos muy en cuenta la motivación y el empoderamiento para cada uno de nuestros colaboradores, mediante conmemoración, reconocimiento. Se le conceden permisos para la realización de diversos estudios. Evidencias: Fotos de las diversas actividades y certificado de reconocimiento.	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	Tenemos constancia del acceso y la calidad de la formación y desarrollo donde le abrimos las puertas a diversas instituciones como INFOTET, UNICEF, SNS, MSP.	

Evidencias: Fotos, publicaciones en nuestras redes, listados de participación, plan de capacitación

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
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.).	.	No se ha medido
2. Nivel de participación en actividades de mejora.	Contamos con diversas participaciones en actividades de mejoras. Evidencias: fotos y lista de participación, Planes de mejoras basados en el POA, Planes de mejoras basados en acuerdos de reuniones de comités hospitalarios, Planes de mejoras basados en resultados de levantamientos.	
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.		No se ha medido
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.		No se ha medido

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

Nuestro personal recibe entrenamientos profesionales a través de cursos gestionado por la institución en diversos programas de capacitaciones. Las Encuestas de Satisfacción de Usuarios realizadas en el hospital en el 2022, revelan en:

Amabilidad	95.62%
Profesionalidad	95.60%
Facilidad y Rapidez	93.66%
Manejo de las Informaciones	94.71%
Acceso a los Servicios	94.13%
Tiempo para recibir Resultados	94.06%
Higiene y Comodidad	93.64%
Calidad del Servicio	94.39%

Evidencia:

Fotos de talleres con el INAP, INFOTEP

Copia Plan anual de capacitación, encuestas de satisfacción.

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>Resultados de Indicadores relacionados con:</p> <p>± El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones).</p>	<p>Hemos evaluado la productividad de nuestros empleados con buenos resultados.</p> <p>Evidencias: Evaluación del Desempeño; Encuesta de Clima Laboral.</p>	
<p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p>	<p>Mantenemos un uso constate de tecnología de la información.</p> <p>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.</p> <p>Evidencia: Fotos equipos Oficina de Informáticas. Fotos herramientas informáticas en las oficinas</p>	<p>No se ha medido el uso</p>
<p>3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).</p>	<p>El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación han sido favorables en presupuestos y actividades formativas debido a los resultados que estamos alcanzando con los mismos.</p> <p>Nuestra institución cuenta con un Plan de Capacitaciones Anual, en las cuales se realizan listados de participación y podemos evidenciar los resultados positivos de las mismas en el desempeño de nuestros colaboradores en sus áreas de trabajo.</p> <p>Evidencias: Plan Anual de Capacitaciones, listados de participación, Fotos.</p> <p>Evidencia: Fotos de los cursos.</p>	<p>No se ha medido</p>
<p>4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p>	<p>Se realizan actividades de reconocimiento dos veces al año, de manera individual y reconocimientos por equipo una vez al año.</p> <p>Evidencias: Registro de empleados, listados de participantes y fotografías</p>	

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
1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.	Por ser una institución de servicio público a la población general y basándonos en nuestros valores, como lo es la humanización de los servicios, siempre estamos en la mejor de las disposiciones de prestar atención más allá de lo que se esperaría. Nuestros impactos como organización es más favorable para nuestra institucional en cuanto a nuestra misión, que es mejorar la calidad de vida de los usuarios, evaluando sus necesidades sociales, en lo que se refiere a las acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público presentamos debilidades. Evidencia: fotografías	No se ha medido
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.	Tenemos buena valoración de la organización, tanto es así que el 95% de los usuarios consultados expresó que recomendaría a otra persona que se atienda en este establecimiento de salud, lo cual revela la credibilidad, confianza y el cambio de imagen que ha adquirido el Hospital. Evidencia: Encuesta de Satisfacción de los Usuarios. Evidencia: los link de las páginas de las redes sociales	No se ha medido
3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.	El impacto económico en el ámbito local, regional, nacional e internacional, mayor empleadora de la provincia ,disminuye el índice de desempleo , genera micro y medianas empresas alrededor como,	No se ha medido

	<p>colmados, laboratorios, transporte, cafeterías entre otros.</p> <p>Evidencia: fotografías</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>Hemos reducido el gasto de bolsillo de las familias al no cobrar copagos a los asegurados de ninguna ARS. Los servicios son gratuitos para los pacientes no asegurados.</p> <p>En las proximidades del hospital se han creado negocios de alimentos y una ruta de taxi y moto conchos para el transporte de los usuarios.</p> <p>Tenemos Carta Compromiso al Ciudadano en la que estamos comprometidos a impactar nuestra democracia, ser transparente y actuar con la ética e integridad e igualdad, garantizando nuestra permanencia en el servicio.</p> <p>Evidencias: Misión, Visión y Valores establecidos y colocados en diferentes áreas de la Institución; y en la Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano, Capacitaciones al personal sobre la Misión, Visión y Valores, Actividad Lanzamiento de la Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano tanto a los Colaboradores como a los Usuarios. Comité Hospitalario de Bioética.</p>	No se ha medido
<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</p>	<p>Contribuimos con la sostenibilidad a nivel local en el nivel socio económico de nuestra provincia, disminuyendo el índice de desempleo y pobreza, favorecemos proveedores locales, regionales y</p>	No se ha medido

<p>reutilizables, productos de energía renovable, etc.).</p>	<p>nacional, parte de los materiales utilizados en el embellecimiento del hospital materiales reciclables, estamos buscando alternativas en cuanto a la reducción de costo abastecimiento de agua y electricidad y servicio de comunicación</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 90%.</p>	
<p>6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.</p>	<p>Los objetivos de desarrollo sostenible están relacionado con la seguridad en las organizaciones, en nuestro centro de salud monitoreamos constantemente la seguridad de nuestros usuarios tanto internos como externos, asignando personal de seguridad y vigilancia permanente a los 365 días del año 24 horas al día´</p> <p>Contamos con un Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres, el cual tiene, entre otras funciones, orientar a los colaboradores y usuarios sobre la prevención y medidas a tomar en casos de desastres naturales o de la infraestructura hospitalaria. Contamos con un departamento de Seguridad Intrahospitalaria organizado con colaboradores tanto militares como civiles, los cuales están colocados en puntos estratégicos de diferentes áreas del hospital para garantizar la protección y seguridad tanto de los colaboradores como de los usuarios que nos visitan y de sus pertenencias.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Acta Constitutiva del Comité Intrahospitalario de Emergencias y Desastres, fotos de reuniones, capacitaciones y simulacros, como forma de prevenir daños físicos. Contamos con un departamento de</p>	<p>No se ha medido</p>

	Seguridad Intrahospitalaria organizado. Manual Riesgos intrahospitalario del personal Administrativo. Distribución de personal de seguridad.	
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.).	La percepción de la organización en la comunidad es buena, demostrable por la convocatoria y la asistencia masiva a los eventos que hacemos, la población y las organizaciones aportan recursos cuando se les solicita. Evidencia: Listados, fotos	No se ha medido
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	Tenemos una amplia cobertura de los medios de comunicación de la provincia que nos hace ver cómo nos ve la población y cuáles su percepción sobre nosotros. Contamos con una cantidad indefinida de felicitaciones y sugerencias recibidas de nuestros pacientes y usuarios, tanto en los comentarios de nuestras redes sociales, así como de manera interna en los buzones de sugerencias y de manera directa tanto a los directivos como a los colaboradores. Evidencias: Capturas de comentarios de pacientes felicitándonos y realizando sugerencias. Informes de Buzones de Sugerencias.	No se ha medido

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Documento Externo
SGC-MAP

Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>I. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).</p>	<p>En nuestra institución damos total cumplimiento a la ley 340-06 de Compras y Contrataciones nuestros proveedores deben poseer los siguientes requisitos: Registros de proveedor del estado, estar al día con las obligaciones fiscales, que genere comprobante gubernamental.</p> <p>De energía tomamos algunas medidas para el ahorro de energía como son: Apagar las luces de las áreas administrativas, consulta externa y cocina, son las únicas áreas que nos permiten tener control de ahorros de energía.</p> <p>Por la naturaleza del centro los demás departamentos se mantienen en funcionamiento 24 horas y los equipos no se pueden desconectar porque pierden su calibración.</p> <p>Por ser una institución de salud y cuidar la bioseguridad de nuestros usuarios la cantidad de envases y residuos reutilizados es muy bajo, esto se debe a que generalmente se utilizan de manera individual para cada paciente. La basura es tratada y clasificada según las normas medioambientales y las normas de salud.</p> <p>Tenemos proveedores con perfil de responsabilidad social que cumplen con las normas medio ambientales, hacemos acuerdos interinstitucionales con las diferentes organizaciones de la provincia, que ayudan a la sostenibilidad con agua permanente, cisterna, clorificamos las mismas y medimos su calidad, tenemos un sistema eléctrico adecuado y contamos con planta eléctrica parada de motores para evitar ruidos, acuerdos con Promese, supermercados, estaciones de gasolina, ferreterías, invernaderos locales, planta eléctrica, sistema eléctrico, acuerdos inter institucionales, vigilamos las</p>	<p>No se ha medido</p>

	<p>actividades comerciales de la ciudad y los proveedores, responsabilizándolos del cumplimiento de las normas medioambientales.</p>	
<p>2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.</p>	<p>Mantenemos una relación constante con diferentes autoridades y la comunidad con el fin de lograr las metas mediante esfuerzos colectivos.</p> <p>Existe una excelente relación entre los grupos sociales, autoridades municipales, provinciales y nacionales, nos mantenemos en constante comunicación con la finalidad de apoyarnos mutuamente e involucrarlos en todos los procesos de mejora que realiza el hospital. También se reúnen las autoridades gubernamentales, políticas, legislativas y religiosas. La institución posee contratos con las empresas aseguradoras de salud. (ARS) para entregar servicios a sus afiliados.</p>	<p>No se ha medido</p>
<p>3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).</p>	<p>Brindamos mucha importancia a las coberturas de los medios de comunicación a través de ellos podemos observar cualquier inquietud de nuestra gente que requiera de atención</p> <p>El Hospital da seguimiento a las publicaciones de denuncias e interrogantes sobre los servicios que ofrecen que se realizan en los medios sobre, dando seguimiento a través del encargado de Redes y la Oficina de Acceso a la Información Pública, del Portal de Transparencia y de la Plataforma 311 se analizan y se le dan respuestas; dando cumplimiento al tiempo establecido en nuestra Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano.</p> <p>Evidencias: Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano. Se puede evidenciar en las respuestas que emite el Hospital a través de los medios de</p>	<p>No se ha medido</p>

	comunicación digital locales y el Portal de Transparencia. Plataforma 311. Redes sociales: - Facebook, Instagram.	
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.).	Brindamos atenciones y servicios a todas las personas sin tomar en cuenta el género, preferencia sexual, nacionalidad, discapacidad, filiación política y religiosa. 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, nuestra institución posee oficina social.	No se ha medido
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.		No se ha medido
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).		No se ha medido
7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).	Tenemos programas de prevención de riesgos para la salud como es el programa de vacunación, Programas de prevención ITS., VIH, Tuberculosis, programa de nutrición continuada, tenemos un plan de emergencias y desastres que es modificado regularmente según la necesidad Los usuarios que solicitan de nuestros servicios y no tengan seguro médico son asistidos sin importar su raza, nacionalidad, preferencia sexual, discapacidad, filiación política, religiosa o clase social. Contamos con el comité de bioseguridad, el cual vela por mantener la desinfección de las áreas críticas del hospital, que se realice la toma de cultivos de superficies en dichas áreas, así como que se cumplan todas las medidas de bioseguridad implementadas para proteger al personal, usuarios, medio ambiente. Evidencia: resultados de cultivos, registros de desinfección de áreas críticas	

	Plan de emergencia y desastre.	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).	Somos una institución de servicios públicos comprometidos con la salud de la población, por lo que formamos parte imprescindibles en la responsabilidad social, a pesar de que no la medimos con informes de sostenibilidad. Evidencia: Carta Compromiso al Ciudadano.	No se mide la responsabilidad social; por lo que la realización de dicha medición nos arrojaría datos relacionados a la mejora de los servicios.
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.	En vista de que nuestro hospital tiene más de 50 años de construido, ha sido sometido a evaluación y mejoras del cableado eléctrico y la puesta en funcionamiento de transformadores que garanticen la cantidad de kilovatios por día que el mismo consume y asegurar el funcionamiento adecuado de los equipos vitales para preservar la salud y vida de los pacientes. Contamos con dos plantas eléctricas que abastecen en los momentos en que la compañía eléctrica falla en el servicio.	No se ha medido
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.	Para el manejo de residuos médicos, el hospital tiene contratos con el Ayuntamiento del Municipio y con. Los incineradores están siendo descartados por el daño que causan al medio ambiente. Evidencia fotos de los contenedores	No contamos con un equipo propio para un reciclado más avanzado que cumpla con las normativas establecidas.
11. Política de residuos y de reciclado.	Trabajamos con la política de residuos y de reciclado establecida en los protocolos de salud. Los residuos y desechos son colocados en fundas, zafacones y en contenedores, todos los desechos son recogidos por un camión del ayuntamiento municipal de nuestra ciudad y trasladados a un vertedero público en donde se procede a la incineración de los mismos.	

	Evidencias: Fotos.	
--	--------------------	--

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
1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.	<p>Hemos aumentado nuestra cartera de servicios por la demanda de nuestros usuarios y al mismo tiempo mejorado la calidad de nuestras prestaciones, hacemos evaluaciones de desempeño y productividad a todo el personal, el 96.89% de la población en año 2022, percibido la calidad del trabajo del hospital de manera favorable.</p> <p>En los últimos meses hemos reducido la producción debido a la remoción de la que estamos siendo objeto, la cual nos afecta ya que algunos de nuestros servicios y áreas han salido de función dentro del centro, y estamos de aquí para allá movilizándonos cada vez que hay cambios dentro del hospital agrupándonos en espacios pequeños como podemos para seguir brindando el servicio a la población, nuestra producción ha disminuido pero la satisfacción de nuestros usuarios se encuentra en un buen porcentaje.</p> <p>Evidencia: Resultados Comparativos de la Glosa, Cartera de Servicios Actualizada, Informe del 67-A, encuestas de satisfacción.</p>	
2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).	<p>Hemos causado gran impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios ya que hemos aumentado nuestra cartera de servicios y la calidad de los mismos tenemos buenos niveles de satisfacción de la ciudadanía con el servicio que ofrecemos.</p>	

	<p>En la Encuesta de Satisfacción de Usuarios, se puede evidenciar el impacto en los beneficiarios una vez que recomiendan este centro. El 99.00% de los usuarios consultados expresó que recomendaría a otra persona que se atienda en este establecimiento de salud, lo cual revela la credibilidad, confianza y el cambio de imagen que ha adquirido el Hospital en el año 2022.</p> <p>Evidencia: Informe de resultados de Encuesta de Satisfacción al Usuario 2022. Cartera de Servicios. Informe del 67A. Misión, Visión y Valores establecidos y colocados en diferentes áreas de la Institución; y en la Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano, Capacitaciones al personal sobre la Misión, Visión y Valores, Actividad Lanzamiento de la Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano tanto a los Colaboradores como a los Usuarios.</p>																	
<p>3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.</p>	<p>Ofertamos un nivel de calidad correspondiente a un segundo nivel de atención, recibimos inspecciones periódicas por el SNS y los servicios regionales.</p> <table border="1" data-bbox="747 881 1276 1432"> <thead> <tr> <th>INDICADOR SISMAP SALUD</th> <th>NIVEI DE CUMPLIMIENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Autoevaluación CAF</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Plan de Mejora Modelo CAF</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Estructura Organizativa y</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Manual de Funciones</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>Gestión de Acuerdos de Desempeño</td> <td>99%</td> </tr> <tr> <td>Evaluación del Desempeño</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>Sanitarias para el Control Epidemiológico</td> <td>85%</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADOR SISMAP SALUD	NIVEI DE CUMPLIMIENTO	Autoevaluación CAF	100%	Plan de Mejora Modelo CAF	60%	Estructura Organizativa y	100%	Manual de Funciones	90%	Gestión de Acuerdos de Desempeño	99%	Evaluación del Desempeño	96%	Sanitarias para el Control Epidemiológico	85%	
INDICADOR SISMAP SALUD	NIVEI DE CUMPLIMIENTO																	
Autoevaluación CAF	100%																	
Plan de Mejora Modelo CAF	60%																	
Estructura Organizativa y	100%																	
Manual de Funciones	90%																	
Gestión de Acuerdos de Desempeño	99%																	
Evaluación del Desempeño	96%																	
Sanitarias para el Control Epidemiológico	85%																	

	<table border="1"> <tr> <td>Cartera de Servicio</td> <td>94%</td> </tr> <tr> <td>Comité Definido Para Gestión Riesgos y Planes de Desastres</td> <td>82%</td> </tr> <tr> <td>Control de almacenamiento e inventarios de medicamentos e insumos (Semestral)</td> <td>82%</td> </tr> <tr> <td>Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil)</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Carta Compromiso al Ciudadano</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Índice de Satisfacción de Usuarios. Como se puede ver en la tabla de indicadores del SISMAP SALUD nuestros porcentajes están en un nivel promedio</td> <td>93%</td> </tr> </table> <p>Como se puede ver en la tabla de indicadores del SISMAP SALUD alcanzamos buena puntuaciones como resultados del buen funcionamiento de nuestro centro de salud.</p> <p>Evidencia: Ver informe de resultado del sistema de monitoreo de la administración pública sector salud , informe general del Servicio Nacional de Salud</p>	Cartera de Servicio	94%	Comité Definido Para Gestión Riesgos y Planes de Desastres	82%	Control de almacenamiento e inventarios de medicamentos e insumos (Semestral)	82%	Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil)	60%	Carta Compromiso al Ciudadano	100%	Índice de Satisfacción de Usuarios. Como se puede ver en la tabla de indicadores del SISMAP SALUD nuestros porcentajes están en un nivel promedio	93%	
Cartera de Servicio	94%													
Comité Definido Para Gestión Riesgos y Planes de Desastres	82%													
Control de almacenamiento e inventarios de medicamentos e insumos (Semestral)	82%													
Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil)	60%													
Carta Compromiso al Ciudadano	100%													
Índice de Satisfacción de Usuarios. Como se puede ver en la tabla de indicadores del SISMAP SALUD nuestros porcentajes están en un nivel promedio	93%													
4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.	Nos aseguramos de que se cumplan los convenios y contratos entre las autoridades y la organización,													

	<p>dándole fiel seguimiento a los mismos con el equipo de gestión</p> <p>Se realizan contratos con ARS, Suplidores u organizaciones, entre otros; se mide el cumplimiento de estos contratos y se realizan acuerdos de mejoras.</p> <p>Tenemos acuerdos con instituciones educativas quienes se prestan para realizar sus pasantías y colaborar en actividades de apoyo.</p> <p>Evidencias: Contratos.</p>	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	<p>Somos evaluados periódicamente por las distintas instituciones que rigen el funcionamiento de los hospitales, el ministerio de salud, el servicio nacional de salud, el servicio regional de salud valdesia obteniendo buenos resultados</p> <p>Muy buenos los resultados de las evaluaciones. En las auditorías realizadas al hospital estas han sido satisfactorias de la Contraloría General de la República.</p> <p>Evidencias: Certificado de Habilitación, resultados de las inspecciones de habilitación del MSP.</p>	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	<p>Realizamos mejoras de resultados e innovación de los servicios que ofrece la institución contamos con máquinas nuevas automatizadas en diferentes áreas que han incrementado el servicio en especial en el área de laboratorio.</p> <p>Hemos logrado eficientizar los servicios, reduciendo el tiempo de espera para cirugía, para entrega de resultados de laboratorio e imágenes.</p> <p>Evidencia: Fotos de equipos y maquinarias</p>	
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	<p>Con la implementación Ley 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud, pasamos de ser de un hospital perteneciente al Seguro Social a formar parte de la red del Servicio Nacional de Salud (SNS).</p>	

	<p>Nuestro centro de salud Gestiona los Resultados con estrategia nacional de desarrollo centrada en el desempeño del desarrollo y en las mejoras sostenibles en los resultados del país, para mejorar la toma de decisiones, e incluye herramientas prácticas para la planificación estratégica, la programación y ejecución presupuestaria, el monitoreo y la evaluación de calidad en la atención y calidad en los servicios así como el cumplimiento del plan operativo anual para la gestión, planificación y desarrollo del centro.</p> <p>Evidencias: Ley 123-15, presupuesto hospitalario, planificación estratégica,</p>	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.		No se ha medido

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.	<p>En vista de que somos una institución que depende del Servicio Nacional de Salud (SNS), debemos, en coordinación con el Departamento de Planificación y Desarrollo, realizar un POA en donde, previo levantamiento de nuestras necesidades en términos generales (medicamentos, insumos, equipos, infraestructuras realiza la gestión y distribución de los recursos. Realizamos un Plan de Capacitaciones Anualmente, en el cual, previo levantamiento de las necesidades de nuestros colaboradores, se pasman todos los tópicos a abordar durante el año. Levantamiento de las necesidades de los recursos humanos en las diferentes áreas de nuestro hospital y gestión en coordinación con la Servicio Regional de</p>	No se ha medido

	<p>salud Valdesia para la ejecución de los nombramientos de los mismos.</p> <p>Evidencias: POA, Plan de Capacitación Anual. Listados de reuniones, de asistencias a capacitaciones, fotos, planes de mejoras, entre otros. Matriz de las Necesidades de Recursos Humanos.</p>	
2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.	<p>Innovamos y mejoramos en servicio y calidad los procesos de nuestra institución , se realizan comparación de indicadores de resultados con años anteriores: Facturación, Cuentas por Cobrar (ARS), Deuda, Glosa, Nómina Interna, Consultas, cirugías, laboratorios, imágenes, hospitalizaciones, emergencias, Mortalidad Materna, Mortalidad Neonatal.</p> <p>Evidencias: Informes del 67A, Informe de Indicadores Priorizados del SRS-Valdesia.</p>	
3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).	<p>Nuestras 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.</p>	No se ha medido
4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).	<p>Los acuerdos de colaboración firmados, se cumplen de manera eficiente, tanto por parte del hospital como por parte de las instituciones colaboradoras.</p>	No se evidencia que se realizan evaluaciones al cumplimiento de los acuerdos.
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>Valoramos el uso de la tecnología y las herramientas de trabajo moderno para facilitar mejor desenvolvimiento en los procesos de la organización. 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. En el HPNSR 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. Uso de redes sociales como medio para promover campañas educativas y los servicios</p>	No se ha medido

	<p>que se ofrecen el en HPNSR, análisis de laboratorio e imágenes con resultados más rápidos y confiables. Uso del salón de conferencias. Hemos eficientizado el despacho y manejo de medicamentos e insumos en la farmacia hospitalaria. 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. 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>	
6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.	<p>Como resultado de las inspecciones y auditorías realizadas por nuestros órganos gerentes, en nuestra institución se ha renovado la licencia de (habilitación) para brindar servicios de salud dentro del territorio nacional otorgada por el Vice-Ministerio de la Garantía de la Calidad (VMGC), que es regido por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Nuestro nivel de cumplimiento a la Carta Compromiso al Ciudadano es satisfactorio, contamos con la realización de Auditorías Médicas de Expedientes Clínicos. Planes de mejoras.</p> <p>Evidencias: Certificado de Habilitación. Aprobación de la Segunda Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano. Informes del 67A, Informe de Indicadores Priorizado.</p>	No se ha medido
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>Hemos participado en premiaciones y recibido reconocimiento en el Ranking 2021, como el Hospital con Mejor Desempeño Hospitalario (Región 1), entre otros.</p> <p>Evidencias: Fotos de reconocimientos</p>	No se ha medido
8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.	<p>Hacemos una planificación presupuestaria de acuerdo a los objetivos de la institución, cumplimos</p>	

	<p>con los manejos de las partidas presupuestadas cada año.</p> <p>Nuestra ejecución presupuestaria es de 97.00% en la actualidad</p> <p>Evidencia: Reportes presupuestarios y financieros.</p>	
<p>9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.</p>	<p>Respetando las leyes que nos rigen nuestro centro solicita la presentación de tres cotizaciones diferentes al momento de realizar una compra. Con relación a los costó – efectividad valoramos esas operaciones de acuerdo a la cantidad de vida ganada y a la cantidad de pacientes enfermos que se les evita ser trasladado hacia santo domingo con los equipos modernos que tenemos para dar una mayor capacidad resolutive.</p> <p>Evidencias: copias de cotizaciones. Foto de equipos.</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.