

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

HOSPITAL MUNICIPAL VICENTE NOBLE

FECHA:

29/05/2023

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.

Documento Externo
SGC-MAP

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 |
|---|--|-----------------|
| Los líderes (Directivos y supervisores): 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes. | Hemos formulado la misión visión y valores de la institución donde participa todo el equipo directivo del hospital e invitados de interés para la organización. Evidencia: Convocatoria Registro de asistencia Plan del hospital desarrollo | |
| 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. | Tenemos definidos los valores, alineados con nuestra misión y tomando en cuenta los valores del sector público en sentido general y el Sistema Nacional de Salud, en aspectos como humanización, innovación, equidad. Evidencia: manual de inducción | |
| 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. | En nuestra misión, visión y valores se refleja el cumplimiento con los procesos de reforma, y con las estrategias nacionales de desarrollo para el sector salud, así como la innovación de la tecnología. MISIÓN: Somos una institución de servicios comprometida con satisfacer las necesidades básicas de salud, en especial el programa materno infantil de nuestro municipio, con calidad, calidez y equidad a través de los diferentes servicios que ofertamos. | |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>VISION: Contribuir de manera eficaz a mejorar la calidad de vida del municipio de Vicente Noble, mediante la aplicación de estrategias de prevención y seguimiento de los diferentes programas de salud.</p> <p>VALORES: Trato humano Vocación de servicios Equidad Transparencia Oportunidad Compromiso Responsabilidad calidad</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>El hospital cuenta con un plan creciendo, donde los diferentes directivos y colaboradores son capacitado continuamente con el infotep, así como se le realiza charlas periódicas para el fortalecimiento de aptitudes Esto en referencia a las normas de respeto y confianza</p> <p>Evidencia: Plan de capacitación Listados de asistencia</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>El comité de calidad cada 5 años ha realizado una revisión a la Misión, Visión y política están. Revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios.</p> <p>Evidencia: Listado de participación/ minuta Reunión con los grupo de interés Invitar a los diferente organizaciones pública y privada</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). | El hospital cuenta con un equipo de profesionales que se encarga de capacitar al personal para identificar cada conflicto y enfrentarlo, apoyado en los reglamentos establecidos para compras, asignación y ejecución presupuestaria, rendición de cuentas y transparencia | |
| 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. | . | Todavía no tenemos evidencia de este comportamiento |
| 8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo). | Se fomenta un ambiente de confianza y respeto a todos los niveles, con líneas de mando claras, supervisión efectiva en todas las áreas de trabajo, reconocimiento a empleados destacados, monitoreo al cumplimiento de metas y fundamentos del hospital | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| 1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización. | 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. Evidencia: Manual | |
| 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. | El hospital de acuerdo a su estructura organizacional acorde a los lineamientos de los órganos reguladores, definiendo la gestión conforme a las necesidades, cuenta con un sistema de indicadores de desempeño, donde los mismos tienen metas y son revisados periódicamente en la revisión por la dirección. Evidencia: la medición de resultados sobre productividad y | |

| | | |
|--|---|--|
| | desempeño, la planificación | |
| 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.). | Se habilitó tres buzones de sugerencia, nuestra cartera de servicios se estableció el procedimiento de monitoreo, análisis donde consulta a nuestros ciudadanos de los servicios ofrecidos, esto se mide a través de encuesta, los buzones de sugerencia para así ir midiendo la calidad de los servicios ofrecidos el departamento de atención al usuario se encarga de las entrevistas. | |
| 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). | El sistema de información institución gubernamental contamos con el procedimiento de Auditorías Interna de Calidad. Estas auditorías se realizan dos veces al año, donde se auditan los procesos según el alcance de la auditoría, con la finalidad de hacer un análisis exhaustivo de nuestros procesos. En el Plan Estratégico/POA los objetivos y metas están formulados. Evidencia: La auditoría POA | |
| 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. | Nuestro Hospital aplica los principios de gestión de calidad ya que nos auto evaluamos, en el 2021, en el 2022 y estamos realizando una actualización del autodiagnóstico en el 2023. Evidencias: CAF 2023 | |
| 6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización. | En el Hospital la estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos ya que contamos con redes sociales (Facebook, Twitter e Instagram) Evidencia: redes sociales | |
| 7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los | El documento Plan Estratégico cuenta con cada departamento un informe y reporte mensual de | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.</p> | <p>rendimiento y actividades asignadas a través del POA.</p> <p>Estrategias Desarrollo de la Calidad de los Servicios. Recursos Humanos Capacitación y Educación Continua Reparación de Equipos</p> | |
| <p>8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.</p> | <p>Para comunicar utilizamos las siguientes estrategias:</p> <p>a) Cartera de Servicios pegada en la pared de la sala de espera impresa b) Carteles distribuidos por todas las áreas donde se establecen informaciones, restricciones de acceso, horarios de servicios. c) Redes sociales (Facebook, Instagram) d) Central telefónica e) Grupos de WhatsApp f) Mail (intranet) l) Memorándum</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.</p> <p>-Implementamos el Modelo CAF. -Seguimiento al cumplimiento de metas institucionales. -Informe cuatrimestral sobre cumplimiento de metas.</p> | |
| <p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p> | <p>Durante estas reuniones se establece quienes serán los responsables de comunicar los cambios y la vía (escrita).</p> <p>Evidencia: listado de participación e informe.</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>Nuestros procesos están elaborados de manera que se establece la responsabilidad en cada área que conocen sus responsabilidades de manera que los empleados que no les corresponde ninguna actividad dentro del proceso, es identificado inmediatamente</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>En las reuniones se integra a todos los gerentes en las actividades relacionadas con transparencia en la gestión. El Director General, pasa visita conjuntamente con los responsables de área durante la entrega de guardia, participa en reuniones de trabajo por gerencia, convoca al Consejo de Administración del Hospital, participa de los diferentes comités constituidos, estimula la creación de equipos de trabajo</p> <p>Evidencia: Lista de participación/ minuta</p> | |
| <p>2. Inspira a través de una cultura de liderazgo impulsada por la innovación y basada, en la confianza mutua y la apertura, para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.</p> | <p>Las normas de actuación y conducción de cada persona que trabaja en la institución se encuentran definidas y graficadas en las funciones y responsabilidades de cada cargo. 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. Comunicación abierta entre los diferentes niveles y grupos de interés.</p> <p>Evidencia: las normas del empleador, Deberes y Derechos</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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones entre las diferentes gerencias. • Cada 15 día de realiza reúnen con la directora y con los Enc. De cada departamento. • Reuniones la Enc. RR. HH. con sus equipos de trabajo <p>realizan reuniones informando al personal sobre los cambios que acontecen, así como también se envían correos masivos informando al personal</p> <p>evidencia: listado de participación y minuta</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>Cada trimestre se presenta un informe, no solo relacionado con las actividades asistenciales de producción, sino que incluye informaciones relacionadas con el nivel de avance de los planes de mejora del hospital, informe financiero, planes de inversiones, comportamiento de RRHH, planes de capacitación, entre otros aspectos.</p> <p>Evidencia: Plan de RR. HH. Plan de mejora de hospital Informe financiero</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>Mensualmente son remitidos al Servicio Nacional de Salud (SNS), los informes mensuales de producción y financiero (67-.A), consolidado de producción, informe epidemiológico, entre otros.</p> <p>Evidencia: libro de 67-A Producción financiera</p> | |
| <p>6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente.</p> | <p>El desarrollo de competencias se promueve mediante las actividades de capacitación que realiza el hospital.</p> <p>Cuando se incorpora nueva tecnología, se capacita al personal responsable que trabajará con dicho equipo. Los colaboradores que cursan carreras universitarias y técnicas, se les brindan facilidades para estudios acomodando horarios de trabajo.</p> | |
| <p>7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.</p> | <p>El esfuerzo de las personas y los equipos se recompensa, mediante la selección y el reconocimiento que se realiza del empleado del mes. Por medio de incentivo. De igual manera realizamos la evaluación de desempeño en coordinación con el Ministerio de Administración Pública.</p> | |

Subcriterio I.4 Gestionar relaciones efectivas con las autoridades políticas y otras partes interesadas.

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

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| <p>1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.</p> | | <p>No tenemos evidencia</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>No se evidencia</p> |
| <p>3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p> | | <p>No se evidencia.</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>La Ley Orgánica de Estrategia Nacional de Desarrollo consigna en el objetivo específico No. 2.2.1 “Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Es así como cada una de las acciones que realizamos van en consonancia con este objetivo, ya que nuestro hospital estamos haciendo todo lo posible para que sea el modelo de gestión en el nacional por la calidad con que brindamos servicios.</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>No tenemos evidencia</p> |
| <p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p> | <p>El personal del hospital participa de los procesos eleccionarios y actividades de promoción de candidaturas que se realizan en cada uno de los gremios que los representan y se les brindan las facilidades durante el proceso eleccionario para promoción de candidaturas e instalación de urnas y comisiones electorales.</p> | |
| <p>7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.</p> | | <p>No tenemos evidencia</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: 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</p> | <p>En el documento de Plan Estratégico y Producción y POA, se encuentran las informaciones relacionadas con las variables de aspectos sociales, tomando en cuenta que para instituciones con las características de este hospital, las informaciones relevantes se refieren a indicadores demográficos, eficiencia en el</p> | |

| | | |
|---|--|--|
| 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. | desempeño, calidad de la atención y satisfacción de los usuarios. | |
| 2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas. | Los grupos de interés relevantes están debidamente identificados por área de interés para el hospital. Se realizan grupos focales en el interés de conocer sus necesidades y expectativas y elaborar estrategias para satisfacerlas en la medida de lo posible | |
| 3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas. | Como institución prestadora de servicios nos mantenemos actualizados de las disposiciones emanadas por los organismos rectores (Ministerio de Salud, Sistema de Seguridad Social, MAP, Contraloría. | |
| 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.). | Fueron identificados los riesgos internos y externa, se realiza una análisis y valoración de cada uno y se realiza un plan para evitar las amenazas y enfrentar las debilidades. | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|------------------------|
| ±.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. | Contamos con un Plan Estratégico 2023 y POA 2022, en el cual se establecen los siguientes objetivos: -Garantizar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos. -Lograr y mantener un alto nivel de satisfacción de los usuarios. -Definir y ejecutar las actividades gerenciales en base análisis de las informaciones y la planificación. -Monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas de productividad. -Garantizar el trato adecuado a los usuarios externos e internos. -Evaluación de desempeño del personal. | |

| | | |
|--|--|---|
| | -Implementar planes de desarrollo de los Recursos Humanos en todas las áreas. | |
| 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. | Participación en el Consejo de Administración de un representante comunitario. Participación de representantes. Todas las compras se realizan acorde a lo establecido por la DIGECOM. Incorporación de nuevos servicios para satisfacer la demanda de los usuarios y brindarles una atención integral. | No contamos con un encargado de compras, se necesita un colaborador para que trabaje. |
| 3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización. | Cada año en coordinación con el Comité de Emergencias y desastre elaboramos un plan para trabajar y participamos en las actividades de prevención de (Semana Santa, Navidad, Fines de semana largos, entre otros). | |
| 4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan. | Anualmente elaboramos un presupuesto de gastos que nos permite asegurar la disponibilidad de recursos para las actividades que se planifican. | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|------------------------|
| <p>Los líderes (directivos y supervisores): I. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</p> | <p>En la elaboración y seguimiento de nuestro plan estratégico participan todas las áreas del hospital.</p> <p>Ya que el mismo es evaluado trimestral y se realiza un informe general de cumplimiento. Luego de formuladas las necesidades en las diferentes áreas, el Consejo de Administración, encabezado por el Director revisan las necesidades identificadas con los encargados de área y su personal y se establecen acuerdos para ambas partes, donde la dirección del hospital se compromete a cumplir lo identificado como prioridad por la gerencia.</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| | | |
| 2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados. | Se realiza el FODA, se identifican los Riesgos Internos y Externos y se analiza el impacto de estos y las probabilidades de que estos ocurran. Con este análisis realizado, se procede a elaborar una “Plan General de Riesgos” donde para cada objetivo, se establece un plan con indicadores de resultado. | |
| 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. | El Plan Estratégico es entregado a cada unidad con la finalidad de que sea compartido con todos los colaboradores de las mismas. | |
| 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. | Tenemos una metodología a partir de las diferentes matrices de seguimiento a las actividades del plan estratégico/POA (Matriz de Producción y Estadística, Plan de Inversiones, Plan de Capacitación, Matriz Financiera, entre otras). El monitoreo al cumplimiento de metas se realiza cada trimestre, con la participación de todo el equipo directivo y encargados. Evidencia: Minutas y listado de reuniones | |

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. | Nos mantenemos actualizados en cuanto a las oportunidades que representa la transformación digital de ahí que en la medida de lo posible incorporamos actividades y servicios innovadores. | |

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <p>2. Construye una cultura impulsada por la innovación y crean un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, el benchmarking/benchlearning, laboratorios de conocimiento, etc.</p> | | <p>No tenemos evidencia</p> |
| <p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p> | <p>En el informe de seguimiento a las actividades del POA, damos seguimiento a los indicadores internos de cambio, (costo, tiempo promedio de procedimientos, rotación de empleados, entre otros), así como los indicadores externos como satisfacción de usuarios externos, imagen externa de la institución entre otros. Este informe de resultados es presentado a todos los encargados de área y representantes comunitarios, para que cualquier persona tenga acceso al mismo.</p> <p>Evidencias: POA, Integrantes de los diferentes Comités, actas constitutivas</p> | |
| <p>4. Implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.</p> | <p>Dentro de las propuestas innovadoras, estamos en proceso de iniciar cuatro programas de, Cirugía, Imágenes.</p> | |
| <p>5. Implementa métodos y procesos innovadores para hacer frente a las nuevas expectativas de los ciudadanos/ clientes y reducir costos, proporcionándoles bienes y/o servicios con un mayor valor agregado.</p> | <p>El uso de redes sociales, encuestas diarias en las diferentes áreas utilizando una Tablet para realizar un seguimiento de la experiencia usuario. Sistema de imágenes y laboratorio con acceso en línea y desde las estaciones de trabajo del médico.</p> <p>Evidencia: plataforma de encuesta de satisfacción y plataforma de emergencia y uso de redes sociales.</p> | |
| <p>6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.</p> | | <p>No contamos con evidencias</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| <p>1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.</p> | <p>Este análisis es realizado cada año en el documento "Plan Estratégico /POA" en el que destacamos: Descripción Comportamiento Recursos Humanos Distribución Recursos Humanos Gráfico: Comportamiento Total Colaboradores por Año y Variación Porcentual en Relación al Año Anterior" Distribución Acumulada de Personal por Subdirecciones. Reporte Acciones de Personal del año Índice de licencias médicas, con relación al total de empleados</p> <p>Evidencia: reporte de POA, Reporte de RR. HH. trimestral</p> | |
| <p>2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.</p> | <p>Contamos con Manual de Organización y Funciones que se define los perfiles de cargo para cada una de las posiciones definidas para un hospital de II nivel. En nuestro manual de procesos se establece como se realiza el proceso de reclutamiento y selección de personal. En cuanto a la remuneración esta la establece el SNS y el sistema de recompensas se realiza previa evaluación de desempeño al cumplimiento del acuerdo de desempeño. Para la asignación de funciones gerenciales, y tomamos en cuenta otras competencias.</p> <p>Evidencia: manual de organización de perfil, la evacuación desempeño</p> | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.</p> | <p>Cumplimos con el proceso establecido por el SNS y el MAP para la contratación de los RR.HH. En el proceso de entrevista y selección del personal, está establecido que primero se considera la búsqueda interna de personal cuando existe una vacante para promocionar y priorizar el personal interno. Además contamos con instrumentos estructurados para la entrevista y selección del personal, GUÌA CAF SECTOR SALUD 2020 Página 38 de 108 Documento Externo SGC-MAP elaborados en base a los perfiles técnicos, funciones y responsabilidades definidos.</p> | |
| <p>4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.</p> | <p>Si, muestra de ello es que cuando se presenta una vacante, nuestra primera opción es a lo interno</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>Contamos con el Manual de Funciones aprobado por el MAP y como institución del Estado, cumplimos lo establecido en la Ley 41-08. En el proceso de entrevista y selección del personal, está establecido que primero se considera la búsqueda interna de personal cuando existe una vacante para promocionar y priorizar el personal interno. Durante la entrevista, hacemos preguntas orientadas no solo al aspecto profesional de la persona, sino a sus habilidades sociales Cumplimos con el proceso establecido por el SNS y el MAP para la contratación de los RRHH</p> <p>Evidencia: manual de perfil de cargo, la ley 4-08</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>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</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| | turnos de trabajo, así como la prevención y actuación frente al acoso sexual. | |
| 7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas | De acuerdo a la periodicidad establecida por el SNS/MAP, establecemos acuerdos de desempeño con todo el personal. Evidencia: evaluaciones de Desempeño. | |
| 8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas. | Los acuerdos de desempeño son evaluados de acuerdo a la periodicidad establecida y al momento de la firma por parte del empleado, se les explica cada personal, las razones de la puntuación y se exhorta a mejorar siempre. Evidencias: Acuerdos de desempeños. | |
| 9. Se aplica una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, por ejemplo: funciona una unidad de género, y acciones relacionadas a esta. | Aunque aplicamos una política de general de género, no contamos con una unidad de género como tal. Al momento de realizar las atenciones cumplimos lo establecido en la "Guía y Protocolo para la Atención Integral en Salud de la Violencia Intrafamiliar y Contra la Mujer. Nuestra plantilla de personal está compuesta por Hombres 52 Mujeres: 123 | |

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

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

| | | |
|--|---|--|
| <p>1. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.</p> | <p>Si, se realiza un Plan de Capacitaciones, para lo cual cada gerente identifica las necesidades de capacitación de su personal y lo presenta en el POA, de manera que a través del área de capacitación de RRHH se incluye en las actividades programadas para el año o a través de la subdirección académica.</p> <p>Evidencias: Plan de capacitación.</p> | |
| <p>2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.</p> | <p>Si. Implementamos la metodología de pares, para nuevos empleados o en caso de traslado a otras áreas. En el proceso de inducción de los empleados de nuevo ingreso está definido como se realiza estas actividades acompañamiento individualizado (estrategia de pares) para el nuevo empleado.</p> <p>Evidencias: documentos de proceso de inducción</p> | |
| <p>3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.</p> | <p>Si, la primera opción cuando se presenta una plaza es para el personal de la institución. En cuando a la movilidad externa, tomando en cuenta su desarrollo y capacidades.</p> | |
| <p>4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).</p> | <p>Con frecuencia participamos de las actividades de capacitación vía zoom, meeting, entre otros que se realizan desde el MAP y el SNS, INFOTEP. Nuestro hospital cuenta con una estructura tecnológica, que nos permite tener facilidades para el desarrollo de este tipo de actividades.</p> <p>Evidencias: documentos de capacitación.</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>Si, todas las actividades formativas son planificadas. Cada año se realizan dos simulacros, se realiza además los operativos Semana Santa y navidad sin accidentes.</p> <p>Evidencia: taller y orientación listado</p> | |
| <p>6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el</p> | <p>Al final de cada actividad de capacitación, se realiza un post test, para medir los niveles de conocimiento adquiridos con las capacitaciones.</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio. | | |
|--|--|--|

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| 1. 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. | En el informe de las encuestas de satisfacción de los usuarios internos, se destaca como positiva la participación de los empleados en la identificación de problemas y búsqueda de soluciones, donde son tomadas en cuenta sus sugerencias, independientemente de la jerarquía y la oportunidad de expresar sus opiniones. Evidencias: encuesta laboral de satisfacción interna | |
| 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. | 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. La participación de los empleados en planes y estrategias, se da dentro de las actividades de monitoreo, taller de planificación, seguimiento a indicadores, POA del SNS, entre otros. Evidencia: minuta listado de participación | |
| 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. | La Encuesta de Satisfacción de Usuarios Internos, se realiza una vez al año. Los resultados de la encuesta, se presentan a todos los encargados de área y se publican en la Carpeta Pública y estos a su vez la presentan a los empleados de sus respectivas gerencias y servicios. Evidencia: encuesta laboral | |
| 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. | Las necesidades de salud de nuestros colaboradores están aseguradas pues los mismos cuentan con seguro de riesgo a la salud (afiliación al Seguro Nacional de Salud o la ARS de su preferencia) y al Fondo de Pensiones. Con relación a la seguridad laboral nuestros | |

| | | |
|--|---|--|
| | empleados cuentan con los Manuales de Protocolos de Procedimientos y el Manual de Bioseguridad, para la realización de estos. | |
| 5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados. | El 90% de los colaboradores entrevistados en la última encuesta de satisfacción consideró que las jornadas de trabajo le facilitan la interacción adecuada con el entorno de la vida familiar. En caso de algunas personas que se encuentran cursando estudios universitarios, somos flexibles con el horario de servicio, de manera tal que la persona no tenga que abandonar sus estudios, pero que al mismo tiempo pueda cumplir con las horas reglamentarias. | |
| 6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad. | En el hospital existe una cultura de atender las necesidades y ayudar en circunstancias personales a los empleados. Se dan facilidades para empleados con horarios especiales por estudios. | |
| 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). | Se realiza reconocimiento a empleados destacados de las diferentes áreas. Se distribuyen incentivos económicos | |

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 |
|-----------------|---|------------------------|
|-----------------|---|------------------------|

Documento Externo
SGC-MAP

| | | |
|--|--|----------------------------|
| <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>Para complementar la capacitación y actualización de nuestro personal, contamos el Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP).</p> <p>EVIDENCIA: PLAN DE CAPACITACION</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> | | No contamos con evidencias |
| <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> | | No contamos con evidencias |
| <p>4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.</p> | <p>Si, una muestra de ellos es la donación recibida por parte de la visita de Mario Lama Director ejecutivo de SNS de la República, PROMESE, entre otras</p> | |
| <p>5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.</p> | <p>La selección de los proveedores se realiza cumpliendo la Ley 340-06, cumple con todos los requisitos establecidos por la DIGECOM Evidencias: Copias de las cotizaciones que reposan en los expedientes.</p> | |

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

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

| | | |
|---|--|---|
| <p>1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.</p> | <p>Periódicamente se distribuyen brouchurs sobre los servicios ofertados y horario de estos, además todos los días en las tandas matutinas y vespertina. Atención al Usuario brinda una charla a las personas que esperan en las áreas de consultas, laboratorio, sobre el funcionamiento del hospital y los servicios que ofrece, donde además se les informa las diferentes vías de acceso para expresar sus opiniones. También a través de informaciones en los medios de comunicación escritos, Se realiza una encuesta diaria. Periódicamente se realiza grupos focales con pacientes y actores de interés Tenemos distribuido en las diferentes áreas 03 buzones de sugerencia. Evidencia: encuesta de satisfacción, buzones de sugerencia, charlas a los usuarios</p> | |
| <p>2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.</p> | <p>Se realizan auditorias de procesos y los resultados son incorporados al informe financiero en el Documento del Plan estratégico y de Producción Anual y éste se publica en el intranet del hospital, portal de transparencia y en la página web. Informes de ejecución presupuestaria. Compras a través del portal. Publicación de la nómina institucional.</p> | <p>No contamos con un comité de compra, el administrador junto con la dirección ejerce esa función.</p> |
| <p>3. Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.</p> | <p>Se realizan múltiples actividades enfocadas a involucrar personas y líderes de la comunidad para conocer sus necesidades y evaluar de qué manera la institución puede dar respuestas y ayudar a resolver sus necesidades de salud.</p> | |

SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|------------------------|
| 1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente. | 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. Contamos con la Unidad de Presupuesto, responsable de vigilar el cumplimiento en la gestión financiera y su vinculación con los objetivos estratégicos. Evidencias: liquidación de fondo Reponibles y venta de servicios | |
| 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. | Contamos con una Gerencia Administrativa, responsable del control de los inventarios, gestión de almacenes. Contamos con un personal de Auditoría al Expediente Clínico que trabaja de las manos con la Gerencia de Facturación y Gestión de Procesos y Registros para garantizar el control de las glosas. Como parte de aumentar la capacidad para ser contratados por ARS' privadas hemos acondicionado habitaciones privadas y recibido la visita de los gerentes de dichas entidades. El índice de glosa es 6% Evidencias: Reporte Facturación, Reporte financiero, reportes e informes costos. | |
| 3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, | El control financiero se basa en el análisis costobeneficio y esto se evidencia en los gastos por | |

| | | |
|--|--|----------------------------|
| integrando objetivos financieros y no financieros. | concepto detallados en el informe financiero, donde Evidencia: Plantillas de Excel de control financiero | |
| 4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible. | | No contamos con evidencias |
| 5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables. | Si, contamos con una matriz estadística y de producción en donde se registra toda la producción hospitalaria por gerencia, lo que nos garantiza el monitoreo constante de las variables e indicadores para la gestión hospitalaria. Estos datos son recogidos por el Departamento de Estadísticas a partir de las diferentes fuentes de registro de la institución. De igual manera a través de los formularios oficiales de reporte (67-A) Evidencias: Formularios el 67A, informes departamentales. | |

SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|------------------------|
| 1. Ha creado una organización de aprendizaje que proporciona sistemas, procesos y procedimientos (protocolos) para administrar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento para salvaguardar la resiliencia y la flexibilidad de la organización. | Contamos con un Manual de Procesos y Protocolos en todas las áreas. En el hospital contamos con sistema de registro, almacenamiento y evaluación de las informaciones y conocimientos adquiridos, los cuales guardan relación con las estrategias y los objetivos operativos de la institución. | |
| 2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada. | Toda la información externa que se considera de interés para el hospital es recogida, procesada y utilizada de acuerdo a las características de la misma y las necesidades del hospital. | |
| 3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las | Sí, todo el personal de nuevo ingreso es capacitado en el software y equipos que va a manejar durante la realización de su trabajo. | |

| | | |
|--|--|----------------------------|
| habilidades digitales. | | |
| 4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos. | Si, a través del SNS y el MAP, mantenemos redes de aprendizaje en diferentes aspectos, de acuerdo a las diferentes áreas de servicios clínico-quirúrgicos, servicios administrativos y servicios generales del hospital | |
| 5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad. | 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. | |
| 6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes. | El hospital cuenta con múltiples instrumentos para difundir las informaciones relevantes de la institución, entre esos mecanismos se encuentran: a) La entrega de guardia: Donde se brindan informaciones diarias sobre el desempeño y condición de los usuarios b) Intranet: Este cuenta con las informaciones estadísticas del hospital, los reportes de informaciones de evaluaciones cuatrimestrales, nuestro plan estratégico y de producción, entre otras informaciones. | |
| 7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización. | | No contamos con evidencias |
| 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. | Se realizan presentaciones a los grupos de interés externos cuando estos vienen como invitados al hospital o en ocasiones el Director General es invitado a actividades externas. 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. Evidencias: Información suministrada por las redes sociales. | |
| 9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización. | Las informaciones claves manejadas por los empleados se encuentran centralizadas y administradas a través de la red del sistema informático, por lo que estas informaciones son protegidas y mantenidas en el hospital, aun el empleado deje la institución. Evidencias: expedientes de empleados. | |

SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|----------------------------|
| 1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos. | | No contamos con evidencias |
| 2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto. | | No contamos con evidencias |
| 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.). | No contamos con los recursos necesarios para implementar estas tecnologías. | |
| 4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación. | | No contamos con evidencias |
| 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. | | No contamos con evidencias |

| | | |
|--|--|----------------------------|
| 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 contamos con evidencias |
| 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. Para la gestión de los tenner estos se almacenan y se reutilizan. | |
| 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. | Si, los procesos relacionados con el SUGEMI, se cumplen de acuerdo a lo establecido, se definen las cantidades y tipo de productos en el interés de garantizar los recursos financieros, de manera que el área de compras y presupuesto incluya esta planificación en el plan anual de compras. Evidencias: SUGEMI, fotos de los departamentos y reportes de producción | |

SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

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

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <p>1. 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.</p> <p>Evidencia: reporte de mantenimiento trimestral</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>El hospital cuenta con facilidades de acceso para todas las personas y especialmente para usuarios discapacitados, posee parqueos, rampas, área para facilitar el servicio de taxi, ascensor, baños, otros.</p> <p>Evidencias: Seguimiento al plano del hospital.</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>El hospital cuenta con el Servicio de Activos Fijos la cual realiza la coordinación para asegurar una política integral de estos.</p> <p>Evidencias: reportes de activo fijo.</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>No contamos con evidencias</p> |
| <p>5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p> | <p>Contamos con sistema alternativo de energía auxiliar para los puntos críticos de atención y servicios del hospital que son los, (sistema informático, imágenes, cuidados intensivos y quirófanos)</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>Contamos con un amplio parqueo en la parte frontal del edificio, compartido con el resto de hospitales, el acceso a transporte público está garantizado, taxis, identificados, metro.</p> <p>Evidencias: fotos de parqueos</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| | | |
| 7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres. | Si, contamos con un comité y un Plan para la Gestión de Riesgos. Evidencias: Acta constitutiva del comité de emergencias. | |
| 8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros) | Si, contamos con un Plan de Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura y Mobiliario. Evidencias: plan de Mantenimiento | |
| 9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra). | La Gerencia de Activos fijos tiene el registro de todos los bienes muebles del SNS que se encuentran instalados en el hospital o que han sido recibidos en donación. Evidencias: reporte de inventario de bienes | |
| 10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios. | Sí A través de la Gerencia de Epidemiología en coordinación con el Dpto. de Limpieza y Manejo de Desechos implementamos un programa de gestión de desechos. Evidencia: PTO. DE MAYORDOMIA | |

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:</p> <p>1. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.</p> | | No contamos con evidencias |
| <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> | | No contamos con evidencias |
| <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>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> | | No contamos con evidencias |
| <p>5. Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).</p> | <p>Si, los acuerdos de desempeño son evaluados de acuerdo al período establecido (Una vez al año). En cuanto a los indicadores de producción, estos son evaluados cada 2 veces por años y monitoreados mensualmente.</p> <p>Evidencias: Acuerdos de Desempeño.</p> | |
| <p>6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente</p> | | No contamos con evidencias |

| | | |
|---|--|--|
| clínico integral. (Expediente único) entre otros. | | |
| 7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red. | Nuestro certificado de habilitación esta actualizado hasta el 2024. Como parte de la red pública no es nuestra responsabilidad gestionar habilitación de otros establecimientos, estos se realizan dentro de la red pública de servicios Evidencia: certificado de habilitación | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|------------------------|
| 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. | En nuestro hospital la participación de nuestros empleados son parte importante a tomar en cuenta en los planes de mejoras para mejor la calidad de nuestros servicios, teniendo participación importante la diversidad. Realizamos encuestas diarias de satisfacción usuario por el departamento de Atención al Usuario. El hospital dispone de buzones de quejas y sugerencias donde se recogen las opiniones de los ciudadanos clientes. Semanal el hospital recoge las opiniones de los usuarios para la mejora de los productos y servicios. Evidencias: Encuestas de satisfacción de usuarios, actas de reuniones. | |
| 2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización. | La institución cuenta con la digitalización algunos de los procesos que se brindan a los ciudadanos clientes y se encuentra en proceso automatización de los servicios además de herramientas en la nube que permite mantener la información a la mano. | |

| | | |
|---|--|--|
| | Evidencias: Cartera de Servicios | |
| 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, tableros de anuncios en Braille y audio), otros. | El Hospital Involucra a los ciudadanos/clientes en la mejora de los servicios y productos. Evidencia: buzón de sugerencia, encuesta de satisfacción | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|----------------------------|
| 1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio. | | No contamos con evidencias |
| 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. | | No contamos con evidencias |
| 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. | | No contamos con evidencias |
| 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. | Contamos con procesos estandarizados por el SNS para las consultas, la atención de urgencias, hospitalización, partos, quirófanos y otros. Todos los datos son compartidos como el SNS. También con otras instituciones públicas como MAP, Senasa y otras. | |

| | | |
|--|------------------------------|--|
| | Evidencias: fotos e informes | |
|--|------------------------------|--|

CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

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

SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| I. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.) | En el área de Consulta Externa el 90% de los usuarios se sintió de satisfecho a muy satisfecho con el respeto y amabilidad del personal de enfermería, 94% están entre satisfechos a muy satisfechos con el respeto a su privacidad, 92% percibió que se le trató con respeto. En Hospitalización el 95% de los usuarios se considera de satisfecho a muy satisfecho con el pase de visita. La amabilidad y respeto del personal de enfermería hizo sentir de satisfecho a | |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>muy satisfecho al 95% de los entrevistados. 95% percibió que se le trató con respeto. En el servicio de Emergencias el 100% de los usuarios se encuentra entre satisfecho a muy satisfecho con el trato, recibido por el personal de seguridad. Otro 100% se sintió de satisfecho a muy satisfecho con la amabilidad y respeto por parte del personal de enfermería. 96% percibió que se le trató con respeto En el aspecto relacionado a la claridad de la información y manejo de trámites administrativos los usuarios expresaron estar de satisfecho a muy satisfecho, en Consulta Externa en un 94.%. En Emergencia en un 93% y en Hospitalización en Evidencia: Encuesta de satisfacción</p> | |
| <p>2. Orientación al usuario / paciente que muestra el personal. (amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, apertura, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).</p> | <p>98% en el área de consulta se siente de satisfecho a muy satisfecho con el trato y amabilidad del personal en los puntos de atención. 93% en el área de consulta se siente de satisfecho a muy satisfecho con la claridad de la información y manejo de trámites administrativos. 93% en el área de consulta se siente de satisfecho a muy satisfecho con el interés y agilidad que muestra el médico. 100% En el área de emergencia se encuentra de satisfecho a muy satisfecho con la habilidad y respeto de la enfermera. 100% en el área de emergencia se siente de satisfecho a muy satisfecho con el interés y agilidad que muestra el médico Evidencias: Encuesta satisfacción Enero-mayo 2023.</p> | |
| <p>3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p> | <p>Cuando se realizan las encuestas se toma en cuenta la opinión de los usuarios para mantener lo logrado o para mejorarlo. En el área de Consulta Externa, el 90% de los usuarios entrevistados respondieron afirmativamente a la pregunta de que si durante la consulta el médico le permitió participar en las</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>decisiones sobre su tratamiento o procedimiento.</p> <p>En el área de Emergencia, el 87% de los entrevistados respondió afirmativamente a la pregunta de si durante la consulta, el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o padecimiento. En el área de Hospitalización, el 97% respondió afirmativamente a la pregunta de si durante la hospitalización, el médico le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento o procedimiento</p> <p>EVIDENCIA: Encuesta de satisfacción</p> | |
| <p>4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).</p> | <p>Las informaciones del hospital se encuentran disponibles en diferentes fuentes:</p> <p>Oficina de Libre Acceso. SISMAP/Salud Página Web del hospital Intranet.</p> <p>También nos pueden contactar e informar a través de las redes sociales, como son, Twitter e Instagram.</p> <p>EVIDENCIAS: Redes sociales, sismap.</p> | |
| <p>5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.</p> | <p>98% usuarios de consulta, se siente de muy satisfecho a 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 100% de los usuarios entrevistados volvería al hospital y el 99% lo recomendaría. En emergencia el 100% de los usuarios recomendaría el hospital y el 100%. En hospitalización el 100% recomendaría el hospital y el 100% volvería</p> <p>Evidencia: Encuesta de satisfacción</p> | |

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

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

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <p>1. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).</p> | <p>La ubicación del hospital facilita el acceso rápido a servicios de transporte público (Autobuses, moto concho), el hospital cuenta con facilidades de acceso para todas las personas son la mayoría de nuestros usuarios, posee parqueos.</p> <p>El 97% se siente satisfecho a muy satisfechos con los horarios disponibles para consulta externa y esto les permite un mayor acceso a los servicios del hospital. En Consulta Externa el 96% considero se siente de satisfecho a muy satisfecho con la rapidez de la atención.</p> <p>Los usuarios de la Emergencia consideraron 96% de poco a aceptable el tiempo</p> <p>Evidencia: fotos de la ubicación del hospital, encuesta de satisfacción</p> | |
| <p>2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).</p> | | <p>No contamos con evidencias</p> |
| <p>3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p> | <p>Somos un hospital de segundo nivel, se acepta niños, adultos y partos, 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 privados. En hospitalización las habitaciones están separadas por sexos y en caso de habitaciones comunes. Cumplimos con el mandato constitucional de no discriminación por género, filiación política, credo, raza, nacionalidad, estigmas a los usuarios por enfermedad; El 63%de nuestros empleados son mujeres y no hacemos discriminaciones ni para la contratación, ni para la atención relacionadas con preferencias sexuales.</p> | |
| <p>4. Capacidades de la organización para la</p> | <p>El hospital cuenta con el</p> | |

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| innovación. | <p>Médico familiar Medico Ginecobstetra Anestesiología Emergencia Consulta externas Unidad de Quirófanos Laboratorio</p> <p>Evidencia: cartera de servicios</p> | |
| 5. Digitalización en la organización. | <p>Contamos con computadoras e internet en todas las áreas.</p> <p>Evidencias: fotos</p> | |

6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| I. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio). | Hospitalización el 100% consideró de poco a aceptable el tiempo de espera transcurrido desde su llegada a la institución y su ingreso en el área. El tiempo de espera para prestar el servicio, lo presentamos por área: Consulta Externa 25% menos de 30 minutos | |

| | | |
|--|---|------------------------------|
| | <p>El 85% lo consideró de poco a aceptable. Emergencia, 45% menos de 15 minutos El 96% lo consideró de poco a aceptable Evidencias: encuestas de satisfacción al usuario</p> | |
| <p>2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Costo de los servicios. 2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios 3. Cumplimiento de los estándares comprometidos. | <p>QUEJAS Y SUGERENCIAS Con el objetivo de facilitar el acceso a un sistema de reclamos y escuchar las quejas y/o sugerencias de los ciudadanos, hemos establecido los siguientes canales:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Buzón de quejas y sugerencias . Sistema 311 . Redes Sociales <p>El horario del personal administrativo está reglamentado tomando en cuenta la Ley de Función Pública 41-08</p> <p>En el caso del personal de salud el horario varía de acuerdo a las áreas de servicio.</p> <p>El horario de atención en Consulta es de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. El 98% se siente satisfecho a muy satisfechos con los horarios disponibles para consulta externa y esto les permite un mayor acceso a los servicios del hospital.</p> <p>El hospital, tiene acuerdo de venta de servicios con las siguientes ARS:</p> <p>SENASA SEMMA PALIC, CMD Entre otra</p> <p>Evidencia: encuesta de satisfacción, cartera de servicios, contratación con las ARS</p> | |
| <p>4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.</p> | | <p>No tenemos evidencias</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>5. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc.</p> | <p>Rendimiento de Consulta Externa. 82% Tasa de Ocupación Hospitalaria (%) 79% Promedio de Estadía (Día) 5 100.0% Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados 68.3% Cumplimiento Comportamiento Ingresos Presupuestarios 90%</p> <p>Evidencia: indicadores de eficiencia</p> | |
| <p>6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.</p> | <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 integra</p> <p>Evidencias: cartera de servicios.</p> | |
| <p>7. Índice de Satisfacción de Usuarios.</p> | <p>Las encuestas de satisfacción de los servicios, arrojaron los siguientes datos 100%.</p> | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|------------------------|
| <p>I. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.</p> | <p>1) Intranet 2) Charlas y encuentros 3) Murales 4) Brouchur 5) Afiches y pancartas 6) Facebook 7) Whatsapp</p> <p>Evidencias: fotos de las redes sociales</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>En la Ley General de Salud (42-01) se establecen los derechos de los ciudadanos con relación a la salud. 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.</p> <p>Evidencias: acceso a la información, archivos, mural</p> | |
| <p>3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios.</p> | <p>Se realiza el seguimiento mensual utilizando una matriz interna de monitoreo. Cada 3 meses se realiza un informe. Cada mes se remite el formulario de producción El manejo de las informaciones producidas en la institución se realiza con transparencia y se publican los informes en la carpeta pública a las que se puede acceder a través de la intranet, de manera que todos los empleados tienen acceso a informaciones generales de la institución. En adición a esto el personal de Atención al Usuario imparte charlas informativas en todas las salas de espera. El 95% de los usuarios en Consulta Externa y 100% de emergencia entrevistados considera adecuados los carteles, letreros y señalización de</p> <p>Evidencia: cartel, señálela</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</p> | <p>Al realizar periódicamente reuniones colegiadas, las opiniones de nuestros clientes son tomadas en cuenta mediante las notas depositadas en los buzones de sugerencia, las visitas, servicio al usuario, la encuesta periódicas de satisfacción, los</p> | |

| | | |
|---|--|--|
| porcentaje en que se cumplen). | grupos focales nos permite medir y mejorar los procesos. Evidencias: minutas de reuniones, lista de asistencia. | |
| 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). | El hospital cuenta con el 1- Unidad quirúrgica. | |
| 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. Evidencia: derechos de los usuarios | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| 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.). | La información de imágenes y laboratorio llega de manera oportuna al expediente clínico del paciente, con lo que aumenta la satisfacción del médico y del usuario. El tiempo de preparación de los pacientes para procedimientos electivos se ha reducido significativamente. Evidencia: expediente clínico | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).</p> | <p>En nuestras redes sociales, se puede evidenciar el grado de participación de los usuarios en la organización. Participan de la realización de las encuestas.</p> <p>Evidencia: redes sociales</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>Con las encuesta de clima laboral, podemos valorar los resultado en los usuario que también han valorado de manera positiva a nuestra institución,</p> <p>Evidencias: encuestas de clima laboral</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 personal que integra al hospital a través del manual de inducción del personal se da a conocer la misión, visión y valores, más la política de organización de la institución.</p> <p>Evidencia: Publicación de la misión, visión y valores en las Redes Sociales</p> | |
| <p>3. La participación de las personas en las actividades de mejora.</p> | <p>La encuesta clima laboral nos ha ayudado con la mejora de la institución y crecimiento personal, desempeño de la organización.</p> <p>Evidencia: informe de resultado</p> | |

| | | |
|--|---|------------------------------|
| <p>4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.</p> | <p>El hospital les ofrece a todos los colaboradores informaciones que tienen que ver con la importancia del compromiso ético y disciplinario que debemos de sostener a la hora de formar parte de la Institución.</p> <p>Evidencia: comité de ética institucional</p> | |
| <p>5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.</p> | <p>La Institución cuenta con el Comité de Ética y como mecanismos de consulta y diálogo, en donde se da el seguimiento a cada una de las observaciones realizadas.</p> <p>Evidencia: comité de ética institucional</p> | |
| <p>6. La responsabilidad social de la organización.</p> | <p>La Institución realiza procesos de inducción del personal con el propósito de que los colaboradores tengan claro cuál es el objetivo de dar a conocer la razón social.</p> <p>Evidencia: redes sociales</p> | <p>No tenemos evidencias</p> |
| <p>7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.</p> | <p>La institución está abierta para el cambio y la innovación.</p> | |
| <p>8. El impacto de la digitalización en la organización.</p> | <p>La institución identifica las necesidades de cambio en los procesos para innovación, aplicando mejoras tecnológicas en los mismos.</p> | |
| <p>9. La agilidad en los procesos internos de la organización.</p> | <p>La rapidez de las respuestas de las QDRS son 15 días estipulados por los organismos y nuestro tiempo record de respuestas es máximo 10 días. Los procesos internos son ágiles aunque no contamos con el personal pero si se hace lo posible para los usuarios tenga la respuesta en el tiempo establecido.</p> <p>Evidencias: encuesta de satisfacción al usuario,</p> | |

| | | |
|--|--------------|--|
| | matriz QDRS. | |
|--|--------------|--|

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| 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>La institución se elaboró el plan operativo anual donde participaron los directivo de esta identidad, a través de la planificación estratégica, la planificación de los recursos humanos y el presupuesto institucional se establece la estrategia directiva para el manejo institucional. Estos planes se monitorean y evalúan de manera trimestral.</p> <p>Evidencias: POA, Planificación de los Recursos Humanos</p> | |
| 2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización. | <p>La institución cuenta con la actualización del MAP Procesos.</p> <p>Evidencia: reporte y desempeño</p> | |
| 3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas. | <p>Desde el Departamento de RH se han realizado la implementación de un Sistema de Evaluación de Desempeño de los Colaboradores en base a resultados y competencias de manera exitosa.</p> <p>EVIDENCIA : Listado de Evaluación del Desempeño</p> | |
| 4. La gestión del conocimiento. | <p>La institución cuenta con la información relevante para la obtención a través talleres, Capacitaciones realizadas y su desempeño es gestionado de manera efectiva por el departamento de RR. HH. La encargada de Capacitación elabora el Plan Anual de Capacitación, y realiza los informes del cumplimiento de estos los cuales son enviados al SRS4 trimestralmente.</p> <p>Evidencia: Plan de Capacitación, Informe de cumplimiento del plan</p> | |

| | | |
|--|---|----------------------------|
| 5. La comunicación interna y las medidas de información. | Se realiza programas de reconocimientos por los esfuerzos tanto individuales como de equipos de trabajo. A través de los incentivos que le da dos veces al año Evidencia: listado de incentivo | |
| 6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo. | | No contamos con evidencias |
| 7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación. | | No contamos con evidencias |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|----------------------------|
| 1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización. | El hospital cuenta con el departamento de Recursos Humanos se orienta y se capacita al personal de nuevo ingreso se les ofrecen a todas las informaciones que tienen que ver con la importancia del compromiso ético y disciplinario que debemos de sostener a la hora de formar parte de la Institución. Evidencia: lista de participación, foto de inducción | |
| 2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud). | Como parte de las funciones del Departamento de Recursos Humanos se llevan a cabo la flexibilidad en cuanto a los horarios, los permisos, se le ha tomado consideración al personal que tenga una condición especial. Evidencia: formularios novedades del personal | |
| 3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización. | | No contamos con evidencias |
| 4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo. | | No contamos con evidencias |

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. | | No contamos con evidencias |
| 2. Nivel de motivación y empoderamiento. | El departamento de recursos humanos motivamos al personal a capacitarse y adquirir nuevas competencias ya que realizamos movilizaciones internas de puesto acuerdo a las necesidades. Nos preocupamos por saber el grado de satisfacción de las diferentes capacitaciones que realizamos de nuestra institución. Evidencias: informes de capacitaciones, fotos y listados de participantes | |
| 3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional. | | No contamos con evidencias |

SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).

1. 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 contamos con evidencias |
| 2. Nivel de participación en actividades de mejora. | | No contamos con evidencias |

| | | |
|---|---|----------------------------|
| 3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados. | No se registraron casos de conflictos en la dirección RRHH. | |
| 4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social. | | No contamos con evidencias |
| 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). | Cada puesto de trabajo en la institución cuenta con el perfil técnico correspondiente al nivel del cargo, por lo que nuestros empleados son evaluados y contratados en base a estos perfiles técnicos, así mismo en los manuales de organización de cada una de las gerencias, están definidas las funciones y responsabilidades de cada cargo. De igual manera la entrevista y selección del personal se realiza mediante la utilización de un instrumentos estructurado para la entrevista-selección, que permite seleccionar el mejor personal. Evidencias: perfil de puesto. | |

2. Resultados con respecto al desempeño y capacidades individuales.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|-----------------|
| Resultados de Indicadores relacionados con: †. El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones. | Solo se realiza a nivel de las gerencias médicas (productividad) | |

| | | |
|--|---|----------------------------|
| 2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación. | | No contamos con evidencias |
| 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). | Alrededor de un 82% de tasa de éxito de las actividades y un 79% de participación de los convocados | |
| 4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos. | Se realizan actividades de reconocimiento una vez al año, de manera individual y reconocimientos por equipo una vez al año. | |

CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| 1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc. | <p>El área de influencia geográfica del Hospital Municipal Vicente Noble, al norte el supermercado tropical market, al sur CPN, al este el almacén provincial, al oeste colmado marta. se encuentra en la dirección J D J Altuna 12 en la ciudad de Vicente Noble.</p> <p>Este es el primer hospital instalado en el municipio de Vicente Noble.</p> <p>La instalación de este hospital se traduce en una mayor seguridad para los usuarios, teniendo como impacto social un aumento de la sobrevivencia de los usuarios accidentados y una disminución sustancial de discapacidades derivadas de las atenciones de salud, ya que los usuarios empezaron a acudir al hospital donde se les garantiza atención especializadas, oportunas, con calidad y seguridad.</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| | Evidencia: geografía del hospital | |
| 2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global. | <p>La institución posee un excelente posicionamiento en la sociedad, lo cual se evidencia por los reconocimientos por diferentes instituciones y los clientes ciudadanos.</p> <p>En nuestra institución trabajan un total de 170 personas y a todos nuestros asociados y socios comerciales, se les realizan los descuentos correspondientes a pago de impuestos legalmente establecidos, así mismo pagamos los nuestros, con lo que contribuimos como empleadores, contribuyentes y en la retención de arbitrios</p> | |
| 3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país. | En relación al mercado de trabajo un 90 % de los empleados residen en sectores del municipio Vicente Noble, esto representó un aumento sustancial de la oferta de trabajo en la zona y desde el punto de vista económico. | |
| 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>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>Evidencias: encuesta de satisfacción.</p> | |
| 5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de | El hospital cumple con las normas medioambientales y de manejo de desechos biológicos. Si comparamos nuestros protocolos de procedimientos ejecutados | |

| | | |
|---|---|------------------------------|
| <p>productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).</p> | <p>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 95%.</p> | |
| <p>6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.</p> | <p>Como hospital hemos tomado la iniciativa de organizar varias campañas de prevención de accidentes, siendo la última de estas la denominada en la que se distribuyeron tshirt, brochure, afiches y se impartieron charlas en las diferentes áreas del hospital.</p> | |
| <p>7. Participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).</p> | | <p>No tenemos evidencias</p> |
| <p>8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.</p> | <p>99 Felicitaciones 28sugerencias.</p> | |

SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|-----------------------|
| 1. 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.). | Cumplimos con la Ley 64-00 sobre medio ambiente y recursos naturales y con la ley de manejo de desechos y materiales | |
| 2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad. | Las autoridades del hospital constantemente sostienen reuniones con diversas autoridades del área política, salud, legislativa, religiosas, líderes comunitarios, entre otras. | |
| 3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.). | | No tenemos evidencias |
| 4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.). | <p>En el hospital se brindan las atenciones y servicios a todas las personas sin tomar en cuenta el género, preferencia sexual, nacionalidad, discapacidad, filiación política y religiosa.</p> <p>Como parte de la responsabilidad social y las características socio-económica de los usuarios que acuden a nuestro establecimiento, día a día.</p> <p>Evidencias: listado de personas atendidas</p> | |
| 5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas. | Nuestros empleados participan activamente de las campañas de limpieza del entorno hospitalario, de prevención de accidentes en fechas especiales. | |

| | | |
|--|---|-----------------------|
| 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 tenemos evidencias |
| 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). | Contamos además con un formulario de notificación de accidentes laborales. 1-Programa de inmunizaciones. 2-Programa de capacitación en prevención de riesgos ocupacionales. | |
| 8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad). | Como hospital nuestra responsabilidad, son las personas para los cuales realizamos actividades de prevención y promoción de la salud, con el propósito de mejorar la salud y la calidad de vida de la población | |
| 9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día. | 1,375.13 KVA Fijo. 34479. 12 KVA 24 horas 1.061 Mva 30 días. | |
| 10. Uso de incinerador para los residuos médicos. | Para el manejo de residuos médicos, el hospital tiene contratos con el Ayuntamiento del Municipio. Cumplimos con lo establecido en la Ley de Manejo de residuos biológicos y potencialmente tóxicos. Los incineradores están siendo descartados por el daño que causan al medio ambiente. | |
| 11. Política de residuos y de reciclado. | Realizamos una clasificación adecuada a través de actividades de capacitación al personal de limpieza y manejo de desechos, orientado al cumplimiento de estándares y puesta en práctica de los protocolos y | |

| | | |
|--|---|--|
| | el proceso para el manejo de desechos. Evidencia: listado de participación | |
|--|---|--|

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. | Indicadores eficiencia . Rendimiento de consulta externa 82% . tasa de ocupación hospitalaria 60% . promedio de estadía 5 . quirófano 80% | |
| 2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos). | Cada 3 meses realizamos evaluación de los indicadores establecidos en el plan estratégico, lo que nos permite evaluar el rendimiento, desarrollo de la institución, resultados e impacto en la salud de los usuarios que acuden al hospital. | |
| 3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados. | Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria 0 % Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria 0% Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria 0% Tasa Infección Intrahospitalaria 0% | |
| 4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización. | El índice de cumplimiento es de 2.8 | |
| 5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño. | Muy buenos los resultados de las evaluaciones. En las auditorías realizadas al hospital estas han sido satisfactorias de la Contraloría General de la República. Al igual las auditorías realizadas por las ARS a los record clínicos de los usuarios. Evidencias: auditoria. | |

| | | |
|---|---|--|
| | | |
| 6. Resultados de la innovación en servicios/productos. | Hemos logrado efficientizar los servicios, reduciendo el tiempo de espera para cirugía, para entrega de resultados de laboratorio e imágenes. | |
| 7. Resultados de la implementación de reformas del sector público. | Prácticamente el 85% de los pacientes que acuden al HMOVN, son asegurados, por lo que la Ley 87-01 ha sido de gran beneficio para nosotros | |
| 8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización. | A la fecha de elaboración de este informe contamos con un total de 2 personas voluntarias en las diferentes áreas de servicio del hospital | |

SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|--|--|------------------------|
| 1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima. | | No se evidencia. |
| 2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos. | Reducción del tiempo de atención de pacientes en las áreas de entrega de resultados de imágenes y laboratorio clínico. | . |
| 3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo). | | No se evidencia. |
| 4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas). | | No se evidencia. |

| | | |
|--|---|------------------|
| 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.) | | No se evidencia. |
| 6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas. | | No se evidencia. |
| 7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros. | | No se evidencia. |
| 8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros. | | No se evidencia. |
| 9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores. | <p>El hospital han eliminado algunas compra que no eran necesario, ni beneficiaba al centro. Hemos venido disminuyendo los costos de comida, medicamentos, compra de oxígeno, papelería, entre otros.</p> <p>Evidencia: informe de contabilidad y financiero de costos.</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.