

FECHA: DICIEMBRE
2023

DATOS GENERALES

Lugar: DCSNS SRS Hospital CPN

***Nombre del lugar:** HOSPITAL Dr. ANTONIO YAPOR HEDED

Área: DEP. CALIDAD DE GESTION INSTITUCIONA

Nombre de la Actividad: SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORA CAF 2023.

Código POA (Si aplica):

INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde al segundo informe de seguimiento del plan de mejora institucional del Hospital Provincial Dr. Antonio Yapor Heded del año 2023.

El plan de mejora institucional está basado en la implementación del Marco Común de Evaluación (CAF) y las correspondientes áreas de mejora encontradas como resultado del autodiagnóstico institucional.

Para esto se trabajaron los 9 criterios que componen el modelo en donde a partir de los hallazgos encontrados se priorizaron diez (10) áreas de mejora de las cuales ya se habían presentado acciones y evidencias del cumplimiento de las mismas.

OBJETIVO DEL INFORME

Nuestro objetivo es dar a conocer los avances y procesos llevados a cabo para la ejecución de las acciones de mejora del autodiagnóstico CAF, en el mismo se presentarán las actividades correspondientes al último trimestre del año 2023 y su porcentaje de ejecución.

METODOLOGIA (Si aplica)

DESARROLLO / HALLAZGOS

Criterios No.	Subcriterio No.	Área de Mejora	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas
CRITERIO 1: LIDERAZGO	SUBCRITERIO 1.1. Dirigir la organización desarrollando su misión visión y valores	Garantizar 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	Comunicar efectivamente la MVV y OE a los grupos de interes	Dar a conocer la MMV y OE a Los Grupos de Interes	Socialización de la MVV OE Actividad de integracion Publicacion en las redes sociales

1. comunicar efectivamente la MVV y OE a los grupos de interés.



Nombre de la Actividad: SOCIALIZACION CON EL PERSONAL DE LA MVV DE LA INSTITUCION

es Responsable: DEPARTAMENTO DE CALIDAD INSTITUCIONAL Fecha: 14/2/2023

Actividad de la Residencia: Virtual Presencial Hora: 10:00 A.M.

por/Plataforma: HOSPITAL DR. ANTONIO YAPON MEDIZ

Participaciones						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (Acreditada)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Wladimir A. Pérez Rodríguez	F	402 875300-5	Secretaria	Recursos Humanos	[Firma]	827-947-5047
Yolanda Mayra Salgado	F	002 22249205	Asesora Ejecutiva	Departamento de Calidad	[Firma]	827 270 2826
Yolanda Mayra Salgado	F	402 2576552-6	Asesora Ejecutiva	Administración	[Firma]	827 262 5500
Yolanda Mayra Salgado	F	0210059770-2	Asesora Ejecutiva	Administración	[Firma]	827 432-2161
Yolanda Mayra Salgado	M	0110142680-3	Tec. Sist.	IT/IM	[Firma]	00 090-1726
Yolanda Mayra Salgado	F	0770031002-9	Tecn. Sist.	ADM	[Firma]	827-842-7317
Yolanda Mayra Salgado	F	402 868 3332-1	Asesora Ejecutiva	ADM	[Firma]	827 62 5161
Yolanda Mayra Salgado	M	402 181541-8	Coordinador	Unidad de Calidad de la Salud	[Firma]	809-248 8062
Yolanda Mayra Salgado	F	071 0524114-6	ERC	Asesoría de Calidad	[Firma]	827 529 0851
Yolanda Mayra Salgado	F	036 0010100-0	Suplente	Salud	[Firma]	804-543-0165
Yolanda Mayra Salgado	F	402 2482544-9	Secretaria	RR.HH.	[Firma]	809 225-2219
Yolanda Mayra Salgado	F	462-2112138-3	Asesora Ejecutiva	Med. Ambulancia Sup. Medica	[Firma]	803 381 0162
Yolanda Mayra Salgado	F	012 0060272-4	Asesora Ejecutiva	Med. Ambulancia Sup. Medica	[Firma]	809 523 5211
Yolanda Mayra Salgado	F	021 0014518-7	Asesora Ejecutiva	Med. Ambulancia Sup. Medica	[Firma]	809 523 5211
Yolanda Mayra Salgado	F	07605225-5	Asesora Ejecutiva	Med. Ambulancia Sup. Medica	[Firma]	809 523 5211

Observaciones de Demanda: - Completar en última fila si el responsable lo requiere, en caso contrario colocar B/A.
- Para las resoluciones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



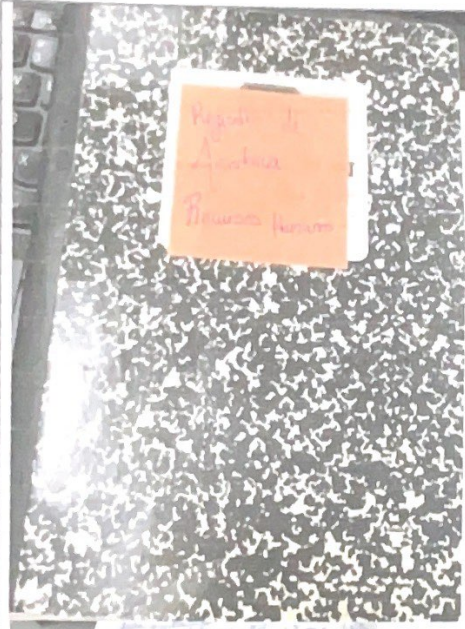
Conformar un comité de ética o código de ética	Disponer de un comité de ética para manejo de conflictos.	Operar los conflictos y manejos de conductas no esperada por prestadores internos.	Desarrollo de capacitaciones sobre ética institucional. Para luego elegir el personal que conformara el comité
---	---	--	--

2. conformación del comité de ética.

El comité de ética no se pudo realizar porque las capacitaciones que tiene que realizar la DGII no se están dando por lo tanto se va a extender el plazo a esta área de mejora para cuando la DGII comience a dar las charlas se trabajaran nuevamente.

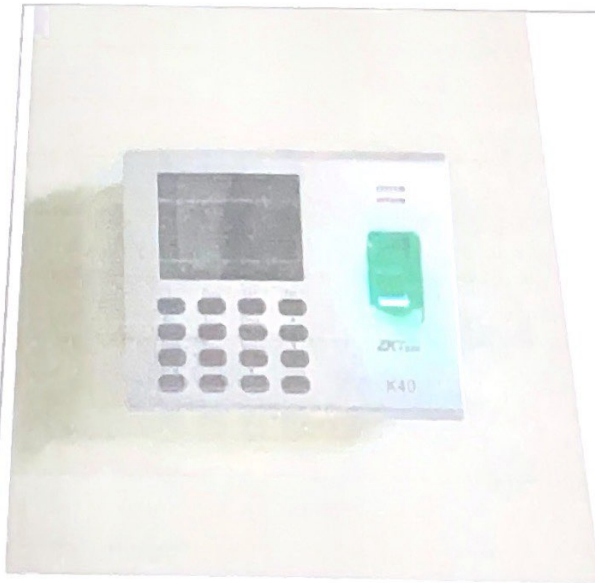
SUBCRITERIO 1.2. Gestionar la organización, su rendimiento y su mejora continua	Implementar una política de registro obligatorio en de asistencia del prestador	Monitoriar la asistencia y ausencia de prestador	Disminuir el ausentismo y verificar el cumplimiento laborar	Facilitar targetas de ponche para cada prestador y/o exigir el ponche por registro de huellas digitales.
--	--	--	---	--

3. monitoreo y registro de huellas y ponche para asistencia.



Fecha	Diagnóstico	Examen	Resultado	Salida
11/02/23	TB	TC	10000	2000
12/02/23	TB	TC	10000	2000
13/02/23	TB	TC	10000	2000
14/02/23	TB	TC	10000	2000
15/02/23	TB	TC	10000	2000
16/02/23	TB	TC	10000	2000
17/02/23	TB	TC	10000	2000
18/02/23	TB	TC	10000	2000
19/02/23	TB	TC	10000	2000
20/02/23	TB	TC	10000	2000
21/02/23	TB	TC	10000	2000
22/02/23	TB	TC	10000	2000
23/02/23	TB	TC	10000	2000
24/02/23	TB	TC	10000	2000
25/02/23	TB	TC	10000	2000
26/02/23	TB	TC	10000	2000
27/02/23	TB	TC	10000	2000
28/02/23	TB	TC	10000	2000
29/02/23	TB	TC	10000	2000
30/02/23	TB	TC	10000	2000

Fecha	Diagnóstico	Examen	Resultado	Salida
01/03/23	TB	TC	10000	2000
02/03/23	TB	TC	10000	2000
03/03/23	TB	TC	10000	2000
04/03/23	TB	TC	10000	2000
05/03/23	TB	TC	10000	2000
06/03/23	TB	TC	10000	2000
07/03/23	TB	TC	10000	2000
08/03/23	TB	TC	10000	2000
09/03/23	TB	TC	10000	2000
10/03/23	TB	TC	10000	2000
11/03/23	TB	TC	10000	2000
12/03/23	TB	TC	10000	2000
13/03/23	TB	TC	10000	2000
14/03/23	TB	TC	10000	2000
15/03/23	TB	TC	10000	2000
16/03/23	TB	TC	10000	2000
17/03/23	TB	TC	10000	2000
18/03/23	TB	TC	10000	2000
19/03/23	TB	TC	10000	2000
20/03/23	TB	TC	10000	2000
21/03/23	TB	TC	10000	2000
22/03/23	TB	TC	10000	2000
23/03/23	TB	TC	10000	2000
24/03/23	TB	TC	10000	2000
25/03/23	TB	TC	10000	2000
26/03/23	TB	TC	10000	2000
27/03/23	TB	TC	10000	2000
28/03/23	TB	TC	10000	2000
29/03/23	TB	TC	10000	2000
30/03/23	TB	TC	10000	2000



Otro	2	18-07-2023 03:58:29 p.m.	Entrada	Agregada
Otro	2	18-07-2023 07:59:44 a.m.	Entrada	Agregada
Otro	1	17-07-2023 03:58:23 p.m.	Salida	Agregada
Almacen Farmacia	1	31-07-2023 03:52:09 p.m.	Salida	Huella
Almacen Farmacia	1	31-07-2023 08:18:01 a.m.	Entrada	Huella
Almacen Farmacia	5	28-07-2023 03:59:57 p.m.	Salida	Huella
Almacen Farmacia	5	28-07-2023 08:02:25 a.m.	Entrada	Huella
Almacen Farmacia	4	27-07-2023 08:06:32 a.m.	Entrada	Huella
Almacen Farmacia	3	26-07-2023 04:49:10 p.m.	Salida	Huella
Almacen Farmacia	3	26-07-2023 07:56:19 a.m.	Entrada	Huella
Almacen Farmacia	2	25-07-2023 04:01:16 p.m.	Salida	Huella
Almacen Farmacia	2	25-07-2023 08:16:34 a.m.	Entrada	Huella
Almacen Farmacia	1	24-07-2023 04:00:52 p.m.	Salida	Huella
Almacen Farmacia	1	24-07-2023 08:01:59 a.m.	Entrada	Huella
Almacen Farmacia	5	21-07-2023 04:15:43 p.m.	Salida	Huella
Almacen Farmacia	5	21-07-2023 07:55:31 a.m.	Entrada	Huella
Almacen Farmacia	4	20-07-2023 04:42:32 p.m.	Salida	Huella
Almacen Farmacia	4	20-07-2023 08:05:24 a.m.	Entrada	Huella
Almacen Farmacia	3	19-07-2023 04:02:20 p.m.	Salida	Huella
Almacen Farmacia	3	19-07-2023 08:02:38 a.m.	Entrada	Agregada
Almacen Farmacia	3	19-07-2023 08:01:06 a.m.	Entrada	Huella
Almacen Farmacia	2	18-07-2023 03:58:53 p.m.	Salida	Huella
Almacen Farmacia	2	18-07-2023 08:02:25 a.m.	Entrada	Huella
Almacen Farmacia	1	17-07-2023 04:51:50 p.m.	Salida	Huella

Departamento	DS	Hora Marca	Tipo Marca	Tipo Verificación
Tecnología de la Información	4	06-07-2023 04:02:43 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	4	06-07-2023 04:00:52 p.m.	Entrada	Huella
Tecnología de la Información	4	06-07-2023 02:17:38 p.m.	Salida	Agregada
Tecnología de la Información	6	29-07-2023 05:05:59 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	4	27-07-2023 07:37:54 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	3	26-07-2023 05:40:40 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	2	25-07-2023 09:12:03 p.m.	Entrada	Huella
Tecnología de la Información	1	24-07-2023 04:14:08 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	5	21-07-2023 04:02:28 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	4	20-07-2023 04:19:47 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	4	20-07-2023 03:04:24 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	4	20-07-2023 12:50:01 p.m.	Entrada	Huella
Tecnología de la Información	3	19-07-2023 04:24:46 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	2	18-07-2023 04:04:11 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	5	14-07-2023 04:12:00 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	5	14-07-2023 04:11:55 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	5	14-07-2023 03:56:16 p.m.	Entrada	Huella
Tecnología de la Información	4	13-07-2023 04:18:35 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	4	13-07-2023 03:50:57 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	4	13-07-2023 03:43:36 p.m.	Entrada	Huella
Tecnología de la Información	3	12-07-2023 04:33:09 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	2	11-07-2023 04:03:02 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	1	10-07-2023 04:11:28 p.m.	Salida	Huella
Tecnología de la Información	4	06-07-2023 04:03:34 p.m.	Salida	Huella

<p>SUBCRITERIO 2.3 Comunicar e implementar la estrategia y la planificación en toda la organización y revisarla de forma periódica.</p>	<p>Establecer una política para suplir las áreas con RRHH deficientes</p>	<p>Asignar Recursos Humanos en áreas prioritizadas</p>	<p>Garantizar procesos de calidad específicamente en el área de conserjería, mayordomía y prestación directa al usuario</p>	<p>Realizar comunicaciones de solicitud de personal a nivel superior con evidencia de las plazas que fueron desvinculadas y no han sido sustituidas</p>
---	--	--	---	---

4. solicitud de personal a nivel superior, con las plazas vacantes a sustituir.

PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
CREACIONES DE CARGOS Y VACANTES
INSTITUCIÓN: HOSPITAL PROV. DR. ANTONIO YAPOR HECHO

GRUPO OCUPACIONAL	AREA	CARGO	CREACION	VACANTE	NUMERO DE PLAZAS	FORMA DE COBERTURA	FECHA ESTIMADA DE INGRESO	SALARIO ESTIMADO	TOTAL SALARIO ESTIMADO ANUAL
04	PSIQUIATRIA	MEDICO PSIQUIATRA	X		2	FUO	1/10/2023	80 662.33	805 247,838.94
09	NEFROLOGIA	MEDICO NEFROLOGO	X		2	FUO	1/10/2023	80 662.33	805 247,838.94
09	DIABETOLOGIA	MEDICO DIABETOLOGO	X		2	FUO	1/10/2023	80 662.33	805 247,838.94
09	PEDIATRIA	MEDICO PEDIATRA	X		2	FUO	1/10/2023	80 662.33	805 247,838.94
09	NEURORLOGIA	MEDICO NEURORLOGO	X		2	FUO	1/10/2023	80 662.33	805 247,838.94
09	MEDICINA INTERNA	MEDICO DE MEDICINA INTERNA	X		2	FUO	1/10/2023	80 662.33	805 247,838.94
09	GINECO-OBSTETRIA	MEDICO GINECO-OBSTETRA	X		4	FUO	1/10/2023	80 662.33	805 247,838.94
09	NEFROLOGIA	MEDICO NEFROLOGO	X		1	FUO	1/10/2023	80 662.33	805 247,838.94
09	OTORRINOLARINGOLOGIA	MEDICO OTORRINOLARINGOLOGO	X		1	FUO	1/10/2023	80 662.33	805 247,838.94
09	AUDIOPROTESIS	MEDICO AUDIOPROTESIS	X		2	FUO	1/10/2023	80 662.33	805 247,838.94



<p>SUBCRITERIO 3.1 Planificar, gestionar y mejorar los recursos humanos de acuerdo a la estrategia y planificación de forma transparente.</p>	<p>Cumplir con la designación por el perfil de competencia demostrada.</p>	<p>Cambio de designación por competencia</p>	<p>Reconocer al prestador por sus competencias demostradas y desarrollar una política competitiva</p>	<p>Envolucramiento de los gerentes sanitarios y políticos.</p>
--	--	--	---	--

5. reconocer a prestador por sus competencias demostradas y desarrollar una política competitiva.



<p>SUBCRITERIO 4.2 <i>Desarrollar y establecer alianzas con los ciudadanos /clientes</i></p>	<p><i>Formar un equipo responsable para dar respuesta a las quejas realizadas.</i></p>	<p>Asignar un equipo para el levantamiento de quejas y sugerencias realizadas por nuestros usuarios.</p>	<p>Dar respuesta oportuna a las quejas realizadas</p>	<p>Seleccionar el personal para la formación del equipo</p>
---	--	--	---	---

6. asignación de equipo para el levantamiento de buzón de quejas y sugerencias.



SNS Formulario para Apertura de Bancos de Quejas y Sugerencias
DPD-FO-013 Versión 01
Fecha de aprobación: 15/11/2022

Código de los Bancos de Quejas y Sugerencias y de los RCR: **HYH 221**

Organización: **CEAS**

Unidad Organizacional: **Hospital Regional de Arequipa Yalaly Hotel**

Apertura por: **Esa m. de Rosado - Johana Valdez - Dulce Maria Dufi**

Bancos Aperturados (ubicación):
Iniciación (sala de espera)
Área de recepción
Área de consulta
Emergencia (sala de espera)
Área de internamiento y cirugía

Fecha de Apertura:
 Día: **2** Mes: **6** Año: **2023**

Periodo de Periodicidad de Bancos:
Semanal

Cantidad de Personal y Especialistas:
0

Berito bode Se zerrida

Esa m. de Rosado
Dulce Maria Dufi

FormalCargo:

SNS Formulario para Apertura de Bancos de Quejas y Sugerencias
DPD-FO-013 Versión 01
Fecha de aprobación: 15/11/2022

Código de los Bancos de Quejas y Sugerencias y de los RCR: **HYH 22102**

Organización: **CEAS**

Unidad Organizacional: **Hospital Regional de Arequipa Yalaly Hotel**

Apertura por: **Esa m. de Rosado - Johana Valdez - Dulce Maria Dufi**

Bancos Aperturados (ubicación):
Iniciación (sala de espera)
Área de recepción
Área de consulta
Emergencia (sala de espera)
Área de internamiento y cirugía

Fecha de Apertura:
 Día: **9** Mes: **6** Año: **2023**

Periodo de Periodicidad de Bancos:
Semanal

Cantidad de Personal y Especialistas:
0

Berito bode Se zerrida

Esa m. de Rosado
Dulce Maria Dufi

FormalCargo:

SNS Formulario para Apertura de Bancos de Quejas y Sugerencias
DPD-FO-013 Versión 01
Fecha de aprobación: 15/11/2022

Código de los Bancos de Quejas y Sugerencias y de los RCR: **HYH 22102**

Organización: **CEAS**

Unidad Organizacional: **Hospital Regional de Arequipa Yalaly Hotel**

Apertura por: **Esa m. de Rosado - Johana Valdez - Dulce Maria Dufi**

Bancos Aperturados (ubicación):
Iniciación (sala de espera)
Área de recepción
Área de consulta
Emergencia (sala de espera)
Área de internamiento y cirugía

Fecha de Apertura:
 Día: **16** Mes: **6** Año: **2023**

Periodo de Periodicidad de Bancos:
Semanal

Cantidad de Personal y Especialistas:
0

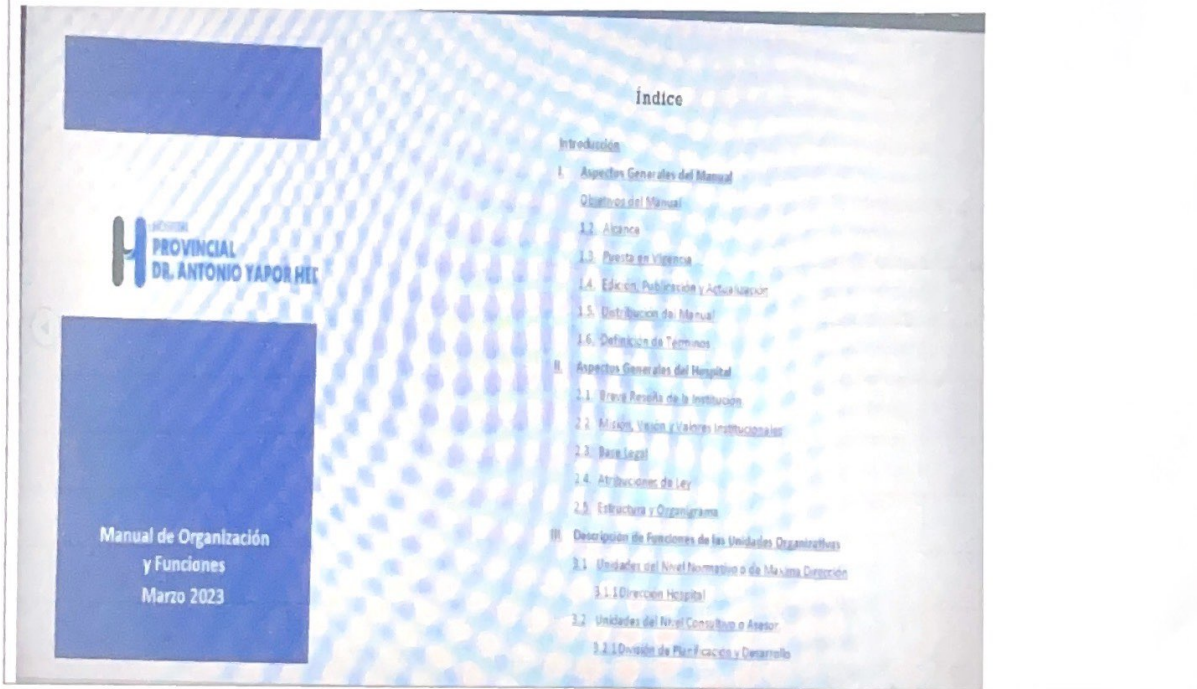
Berito bode Se zerrida

Esa m. de Rosado
Dulce Maria Dufi

FormalCargo:

<p>SUBCRITERIO 5.1. <i>Identificar, diseñar, gestionar e innovar en los procesos de forma continua, involucrando a los grupos de interés.</i></p>	<p><i>Realizar los manuales de procedimientos en todas las áreas de servicios.</i></p>	<p>Elaborar manual de proceso institucional en cada area</p>	<p>Establecer guias y Asignar responsabilidades de los procesos en cada prestador por area de servicio</p>	<p>Socializar la responsabilidad que debe ejecutar cada encargado de departamento con sus prestadores</p>
--	--	--	--	---

7. manual de procesos institucional de las áreas.



Sección de Calidad en la Gestión

3.2.1.1. Sección Calidad en la Gestión

3.2.2 División de Recursos Humanos

3.2.3 División de Epidemiología

3.2.3.1. Sección de Seguridad

3.3 Unidades del Nivel Asistencial y Apoyo

3.3.1 Departamento Administrativo y Financiero

3.3.1.1. Sección de Contabilidad

3.3.1.2. Sección de Compras y Contrataciones

3.3.1.3. Sección de Servicios Generales

3.3.1.4. División de Farmacia y Seguridad Médica

3.3.1.5. División de Hospitalización

3.3.2 División de Servicios de Atención al Usuario

3.4 Unidades del Nivel Sustentivo u Operativo

3.4.1 División de Enfermería

3.4.2 Departamento Médicos

3.4.3 División de Especialidades Clínicas

3.4.4 División de Salud Bucal

3.4.5 División de Servicios de Apoyo a la Gestión Médica

3.4.5.1. Sección de Laboratorio Clínico

3.4.5.2. Sección de Laboratorio Anatómico Patológico

3.4.5.3. Sección de Diagnóstico e Imágenes

3.4.5.4. Sección de Farmacia y Almacén de Medicamentos

El Hospital Provincial Dr. Antonio Yapor Hied Hospital se sustenta en los siguientes principios:

- **Orientado al usuario:** Entendido como su principal compromiso y la base para la definición de su organización y funcionamiento por tanto pretende cubrir de forma adecuada las necesidades y las demandas de sus usuarios en materia de salud.
- **Competente:** Visto como la capacidad de prestar sus servicios con igual o mejor relación costo-beneficio que los estándares establecidos.
- **Profesionalidad:** Sobre la base de que las decisiones e intervenciones de sus directivos y profesionales se rigen por criterios reconocidos científicamente.

2.2. Misión, Visión y Valores Institucionales

2.2.1. Misión
Somos una institución pública provincial que brinda servicio de salud especializados con calidad, calidez y principios éticos para la satisfacción de nuestros usuarios.

2.2.2. Visión
Ser un Hospital modelo con personal altamente capacitado, con equipos modernos, que goce de credibilidad ante nuestros usuarios.

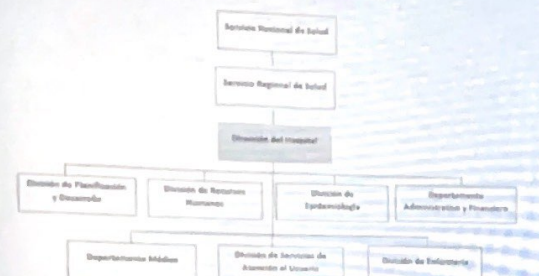
• **Compromiso:** Visto como la obligación de contribuir a la mejora de los indicadores de salud de la población y al mismo tiempo a cumplir con los acuerdos logrados para la provisión de los servicios.

• **Articulación:** Por la forma en que se relaciona con los servicios y los demás centros de atención de la red a que pertenece, al igual que la forma en que se relaciona a su interior, entre sus distintas dependencias, con la finalidad de complementar sus servicios y/o apoyar a otros.

• **Empoderamiento:** Entendido como la promoción de la participación de sus usuarios, por medio de la generación de espacios y oportunidades.

• **Calidad:** Visto como la provisión de servicios de salud con un nivel profesional óptimo con los recursos disponibles para lograr la adhesión y la satisfacción del usuario y el equilibrio más favorable de beneficios, riesgos y costos.

• **Humanización:** Interpretada como la valoración, calidez y respeto en las relaciones con los usuarios de los servicios de salud y la solidaridad con su condición individual y social.



```

    graph TD
      A[Servicio Nacional de Salud] --> B[Servicio Regional de Salud]
      B --> C[División del Hospital]
      C --> D[División de Planificación y Desarrollo]
      C --> E[División de Recursos Humanos]
      C --> F[División de Epidemiología]
      C --> G[Departamento Administrativo y Financiero]
      D --> H[Departamento Médico]
      E --> I[División de Servicios de Atención al Usuario]
      F --> J[División de Laboratorio]
  
```

Objetivo General.
Garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud en un marco de calidad y efectividad que promueva la salud preventiva y curativa de la población, a los fines de satisfacer de las necesidades de salud y mejorar la calidad de vida de los usuarios para contribuir significativamente a la mejora de los indicadores de salud.

Funciones Principales

- Asegurar atención médica a los usuarios mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a través de los servicios de emergencia, ambulatorios y de hospitalización, referir usuarios a otros establecimientos, bajo el Sistema de referencia, retorno e interconsulta, con el propósito de realizar procedimientos, estudios diagnósticos u ofrecer atención terapéutica de acuerdo con la enfermedad y necesidad de complejidad en la atención hospitalaria.

- Ejercer la representación legal del Hospital y el cumplimiento de todas las disposiciones legales relacionadas con el quehacer hospitalario, controlando los procesos legales del hospital, asegurando la correcta revisión y aplicación de leyes, antiproyectos, contratos y otros instrumentos legales relativos a las actividades del hospital.
- Dirigir los procesos de atención médica integral y administrativa, de acuerdo con la Misión y Objetivos, con base en las peticiones establecidas para el uso coordinado y racional de los recursos asignados.
- Coordinar la elaboración e integración del Plan Operativo Anual del Hospital y del proyecto de presupuesto.
- Aprobar y controlar la emisión de informes oficiales del Hospital, incluidos los datos estadísticos, resúmenes de historias clínicas y otros documentos probatorios de la actuación médica.
- Contribuir de forma integrada con las demás instituciones del Servicio Nacional de Salud, para el funcionamiento efectivo en Red Única de Salud a fin de mantener la salud de la población de su área de responsabilidad.
- Verificar la aplicación de los indicadores oficiales para la evaluación y medición del desempeño, productividad, calidad y eficiencia de los procesos y servicios médico-administrativos.
- Coordinar con los establecimientos del Primer nivel de atención, de la Región de Salud, la referencia, retorno e interconsulta, los procesos de planificación, organización, ejecución y control de las acciones de salud en la Red Única de Salud.
- Dirigir y supervisar procesos de investigación médica de acuerdo con criterios legales, éticos, epidemiológicos y de interés nacional.
- Garantizar y asegurar el análisis del perfil epidemiológico de las condiciones de salud, enfermedad, atendidas en el Hospital.
- Gestionar y garantizar los procesos de selección, programación, adquisición, almacenamiento-distribución y uso racional de los medicamentos, insumos médicos y reactivos de laboratorio, dando seguimiento a las existencias y consumos asegurando la disponibilidad de estos para la continuidad de los servicios de salud.
- Verificar el cumplimiento de las funciones de los diferentes comités conformados en el hospital.

<p>SUBCRITERIO 5.2 Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a los ciudadanos /clientes</p>	<p>Identificar las áreas deservicios</p>	<p>Colocar letreros de identificación de las áreas que no tienen rótulos</p>	<p>Mejorar accesibilidad a los servicios.</p>	<p>levantamiento de las áreas que no están identificadas, la Elaboración de los rótulos con las impresas competentes</p>
---	--	--	---	--

8. colocar letreros de identificación de las áreas que no tiene rótulos.





<p><i>Resultados de los indicadores sobre la calidad de los productos y la prestación de servicios:</i></p>	<p><i>Cumplir con los estándares de calidad para la habilitación institucional</i></p>	<p>Habilitar legalmente todos los servicios de la institución</p>	<p>Garantizar oferta de servicios a las aseguradoras privadas y aumentar nuestras finanzas</p>	<p>cumplir con todos los indicadores exigidos para la habilitación</p>
---	--	---	--	--

9. habilitar legalmente todos los servicios de la institución.
la carta compromiso del hospital está en proceso se obtuvo la asistencia técnica para la actualización de la segunda versión de la CCC y estamos en proceso de aprobación.

ANÁLISIS CATALOGO DE SERVICIOS INSTITUCIONAL

INSTITUCIÓN: HOSPITAL PROVINCIAL Dr. ANTONIO YAPOR HEDÉD FECHA: JUNIO 2023

LET Y ART	NOMBRE DEL SERVICIO / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO	REQUISITOS	DESTINATARIOS	DOCUMENTADO
Let 42-01	Control de salud	El paciente debe tener un diagnóstico clínico y/o diagnóstico de laboratorio de salud y/o diagnóstico de imagen, historia y evolución.	paciente en control	Registro Preoperatorio, 47-A
Let 42-01	Control de salud	El paciente debe ser evaluado por personal calificado y programado por el personal médico del hospital.	paciente en control	Registro Preoperatorio, 47-A
Let 42-01	Control de salud	El paciente debe ser evaluado por personal calificado y programado por el personal médico del hospital.	paciente en control	Registro Preoperatorio, 47-A
Let 42-01	Control de salud	El paciente debe ser evaluado por personal calificado y programado por el personal médico del hospital.	paciente en control	Registro Preoperatorio, 47-A
Let 42-01	Control de salud	El paciente debe ser evaluado por personal calificado y programado por el personal médico del hospital.	paciente en control	Registro Preoperatorio, 47-A
Let 42-01	Control de salud	El paciente debe ser evaluado por personal calificado y programado por el personal médico del hospital.	paciente en control	Registro Preoperatorio, 47-A
Let 42-01	Control de salud	El paciente debe ser evaluado por personal calificado y programado por el personal médico del hospital.	paciente en control	Registro Preoperatorio, 47-A
Let 42-01	Control de salud	El paciente debe ser evaluado por personal calificado y programado por el personal médico del hospital.	paciente en control	Registro Preoperatorio, 47-A
Let 42-01	Control de salud	El paciente debe ser evaluado por personal calificado y programado por el personal médico del hospital.	paciente en control	Registro Preoperatorio, 47-A
Let 42-01	Control de salud	El paciente debe ser evaluado por personal calificado y programado por el personal médico del hospital.	paciente en control	Registro Preoperatorio, 47-A


REPUBLICA DOMINICANA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
 "Avanzamos para tí"

28 de julio del 2023
Santo Domingo, R. D. 012728

Señor
Freddy Pérez Alvarado
Director
Hospital Provincial Dr. Antonio Yapor Hedéd, Nagua.
Su Despacho

Distinguido Sr. Pérez:

Nos dirigimos a usted para informarle que hemos concluido, conjuntamente con el Comité de Calidad de la institución, la asistencia técnica especializada para la elaboración e implementación de la Carta Compromiso al Custodio del Hospital Provincial Dr. Antonio Yapor Hedéd, en dicho asistencia fueron verificadas actividades que conforma dicho proceso, conformación del equipo de trabajo, sensibilización del personal de los niveles de CCC, análisis de los servicios, servicios principales e identificación de atributos.

Dicho equipo se encuentra al frente de esta asistencia técnica, quedando a cargo del Hospital Provincial Dr. Antonio Yapor Hedéd, realizar las actividades correspondientes, tales como: reuniones de los comités de los últimos 3 meses, igualmente de los compromisos de calidad y la redacción de los planes de comunicación externa e interna. Es un requisito que estas actividades concluyan antes de iniciar la aprobación de Carta Compromiso.

Le recomendamos que a través de nuestro página web www.msp.gov.do, busque informaciones y documentos para descargar que pueden utilizar como apoyo para concluir con los requerimientos finales de la Carta Compromiso.

Para cualquier información adicional, favor contactar a la Dirección de Diseño y Mejora de Servicios Públicos, Tel.: 809-682-3398 ext. 3530.

Atentamente,

Sheyla Castillo
 Viceministra de Servicios Públicos
 


MINISTERIO de Administración Pública
 Dirección de Diseño y Mejora de Servicios Públicos

INFORME REVISIÓN DE DOCUMENTO
Hospital Dr. Antonio Yapor Hedéd

La revisión se efectuó conforme a la metodología de Carta Compromiso al Custodio, basándose en los siguientes aspectos:

- Análisis del Compromiso en la CCC.
- Análisis de la implementación de estándares.
- Análisis de la Calidad de los compromisos.

De los aspectos requeridos para la aprobación de la Carta Compromiso al Custodio, se detallan en el Documento de la Carta Compromiso al Custodio, a continuación se informan:

- Comunicación firmada por la máxima autoridad de la institución solicitando la aprobación de la carta, con firma y sello (se anexa) todos los trabajos de Carta Compromiso al Custodio y se anexa punto a los datos requeridos.
- Carta Compromiso (Brochure Divulgativa) - pendiente en etapa de asistencia.
- Constatación de equiparación de calidad (Firmado y Sellado) - pendiente.
- Evidencia de sensibilización al personal de la institución - pendiente en etapa de asistencia.
- Servicios Principales (Firmado y Sellado) - verificado.
- Identificación de atributos de calidad (firmado y sellado) - pendiente en etapa de asistencia.
- Procesos documentados (flujogramas o procedimientos, en donde se presenten las actividades del proceso, incluyendo el de quejas y sugerencias) - pendiente para enviar a momento de iniciar la aprobación.
- Medicaciones de quejas/sugerencias (mínimo 3 meses) - pendiente para enviar a momento de iniciar la aprobación.
- Medicaciones de compromisos de calidad (mínimo 3 meses) - pendiente para enviar a momento de iniciar la aprobación.
- Plan de Comunicación Interna (Firmado y sellado) - pendiente para enviar a momento de iniciar la aprobación.
- Plan de Comunicación externa (Firmado y sellado) - pendiente para enviar a momento de iniciar la aprobación.

A continuación se le expone las informaciones pendientes, en el proceso de asistencia:

- Carta Compromiso (Brochure Divulgativa) sustento en etapa de trabajar con las informaciones correspondientes de los datos requeridos.
- Identificación de atributos de calidad operativos.
- Quiso pendiente para realizar los servicios que serán identificados en el formulario para compromiso.
- Evidencia de sensibilización al personal de la institución - pendiente en etapa de asistencia.
- Procesos documentados (flujogramas o procedimientos, en donde se presenten las actividades del proceso) - pendiente para enviar a momento de iniciar la aprobación de los servicios e implementar igualmente el de los quejas y sugerencias.
- Medicaciones de quejas/sugerencias (mínimo 3 meses) - pendiente realizar el seguimiento de los quejas y sugerencias, para enviar a momento de iniciar la aprobación.
- Medicaciones de compromisos de calidad (mínimo 3 meses) (se anexa) la verificación de los resultados de las medicaciones de los compromisos de calidad para el momento de iniciar la aprobación.
- Plan de Comunicación Interna (Firmado y sellado) - pendiente para enviar a momento de iniciar la aprobación, (incluyendo en su caso que son actividades que se programan para realizar luego de la aprobación de la carta)



<p>SUBCRITERIO 7.1 <i>Mediciones de la percepción. Resultados en relación con la percepción global de las personas acerca de la organización.</i></p>	<p><i>Realizar encuesta de clima organizacional</i></p>	<p>Involucramiento de las personas de la organización en el de toma de decisiones</p>	<p>Conocer el grado de motivación y rendimiento global de los prestadores de la organización</p>	<p>Solicitar al MAP la capacitación y disponibilidad de la encuesta del clima organizacional</p>
--	---	---	--	--

10. solicitar al MAP capacitación y disponibilidad de la encuesta del clima organizacional. Aún estamos en proceso de la ejecución de esta actividad.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

Durante este periodo de junio-agosto 2023 tuvimos un gran avance en el plan de mejora CAF, realizando en su mayor parte dichas actividades, en este periodo septiembre-noviembre el hospital está en remoción y algunas actividades se han paralizado, aunque se está trabajando en la aprobación de la CCC en su segunda versión.
En algunas pudimos completar el 100% de lo estipulado y en otras se iniciaron los procesos con un nivel de avance satisfactorio.

RECOMENDACIONES

Se recomienda,

Continuar trabajando adecuadamente para el cumplimiento de las actividades establecidas que quedan pendiente y las que ya están en proceso de nuestro plan de mejora CAF 2023, al igual que darle seguimiento a las mismas realizadas.

ANEXOS (si aplica)

Instrucciones de llenado:

*Indique nombre del lugar: Este campo sólo aplica para SRS, Hospital y CPN.

Kianilda Guzmán M.
Lic. Kianilda Guzmán Molina

Elaborado por
(Nombre y apellido)

