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

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN**

HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI

**FECHA:**

MAYO 2025

## MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

**Presentación.**

El Modelo CAF (Common Assestment 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 Autoevaluaciòn 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 Autoevaluaciòn Institucional, que aborda el análisis de la organización a la luz de los 9 Criterios y 28 Subcriterios del CAF, en su versión 2020; con el apoyo de una serie de ejemplos, que han sido reforzados para adaptarlos a las características del sector salud y que sirven de referencia en la identificación de los Puntos Fuertes y las Áreas de Mejora de la organización.

A partir de los puntos fuertes y áreas de mejora identificados, la organización, mediante el consenso, puede medir el nivel de excelencia alcanzado, utilizando los paneles de valoración propuestos por la metodología CAF para los Criterios Facilitadores y de Resultados y además, elaborar su Informe de Autoevaluación y un Plan de Mejora cuyo objetivo es, emprender acciones de mejora concretas que impulsen a elevar los niveles de calidad en la gestión y en la prestación de los servicios a los ciudadanos.

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

Santo Domingo, 2021

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

**Evaluación Individual.**

1. Antes de iniciar el proceso de autoevaluación institucional, recomendamos repasar el documento informativo sobre el Modelo CAF ***"Capacitación a Equipos de Autoevaluadores para el Mejoramiento de la Calidad en la Administración Publica"*** 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 Autoevaluaciòn 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 Autoevaluaciòn, 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 1: LIDERAZGO

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

**SUBCRITERIO 1.1. Dirigir la organización desarrollando su misión visión y valores.**

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| **Los líderes (Directivos y supervisores):**<br>1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes. | El hospital Dr. Vinicio Calventi cuenta con Misión, Visión y Valores desde nuestro inicio, donde hemos tenido varios ciclos actualizando y agregando nuevos valores, manteniendo un proceso de revisión continua.<br>Nuestra Misión, Visión y Valores actualizados, siendo el punto fuerte la implicación de los empleados y la comunidad.<br>Misión.<br>“Somos una institución comprometida a brindar servicios médicos y académicos con los más altos estándares de calidad, para mejorar la condición de salud de nuestros usuarios, contando con personal competente, procesos efectivos e innovadores, y tecnología avanzada.”<br>Visión.<br>“Ser una institución líder en la prestación de Servicios médicos y académicos de excelencia, que contribuye al desarrollo del sistema de salud dominicano, y constituye la primera elección de sus usuarios”.<br>Valores´<br>Humanización<br>Excelencia y Calidad<br>Innovación<br>Transparencia<br>Profesionalidad<br>Integridad | |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencias: página web(http://hospitalcalventi.gob.do/index.php/ sobre-nosotros/quienes-somos), Murales, redes sociales | |
| **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. | Contamos con un marco de Valores desde el inicio de la institución, hemos pasado por varias actualizaciones respetando el marco general de<br>valores del sector público y alineados a nuestra Misión y Visión, estos Valores son:<br>Humanización,<br>Excelencia y Calidad,<br>Innovación,<br>Transparencia,<br>Profesionalidad,<br>Integridad.<br>Evidencias: web(http://hospitalcalventi.gob.d /index.php/sobrenosotros/quienessomos). Misión, Visión y Valores en murales. | |
| 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. | Nuestra Misión, Visión y Valores están alineados con la Constitución de la República Dominicana del año 2015 Art. 61 del Derecho a la Salud, También está alineado con el Segundo Eje de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, Objetivo 2.1 Salud y Seguridad Social Integral, el cual procura entre otras cosas reducir la mortalidad materna e infantil.<br>Lineamientos Estratégicos para la Formulación del Plan Nacional<br>Plurianual del Sector Público 2021-2024.<br>Acceso a la Salud Universal que considera disminuir la muerte de recién nacidos, formar parte de la red hospitalaria publica, servicios de salud para garantizar el derecho de la mujer incorporar la perspectiva de género en la oferta de servicios, ejecutar programas de salud para la mujer, fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, reducir la alta tasa de | |

| | | |
|---|---|---|
| | mortalidad materna, brindar educación para una vida sexual responsable. También nos alienamos con el ODS 3 salud y bienestar cuyas metas 3.1 establece la reducción de la tasa de mortalidad materna y 3.2 poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años. Finalmente nos alineamos con el Plan Estratégico Institucional del Servicio Nacional de Salud 2021-2024 con sus ejes y objetivos estratégicos.<br>Ley No. 55-93 del 31 de diciembre del 1993, sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA);<br>Ley No. 146 sobre pasantía de médicos recién graduados, del 13 de mayo de 1967;<br>Ley No. 329-98, del 11 de agosto del año 1998, que regula la donación y legado, extracción, conservación e intercambio para trasplante de órganos y tejidos Humanos.<br>Ley No. 200-04 del trece (13) de abril del año 2004, General de Libre Acceso a la Información Pública;<br>Evidencia:<br>Marco general de valores alineados con planes globales y PE SNS, PEI) | |
| 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. | El hospital tiene una comunicación fluida de nuestra Misión, Visión y Valores, mediante comunicaciones a todos los departamentos para socializar con todo el personal, realizamos actividades donde participan todos los empleados, se publica en el portal de transparencia.<br>Damos participación a la comunidad y socializamos con ellos nuestra Misión, Misión, Valores y objetivos estratégicos mediante comunicaciones y reuniones.<br>Evidencias:<br>Utilizamos medios de comunicación como: comunicaciones escritas, chats, cartas, correos institucionales, murales, Listados de participantes, agendas y fotos, etc. | No hemos socializado con los empleados de nuevo ingreso nuestra Misión Visión y Valores. |

| | | |
|---|---|---|
| 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). | En nuestra última actualización realizamos un taller con todos los encargados departamentales en Juan Dolio Hotel Emotions con acompañamiento de un consultor. En estos talleres manejamos las estrategias que nos impactan del entorno externo e interno para acercar los servicios a nuestros usuarios.<br>En nuestro hospital convocamos a todos los empleados, comunitarios, organizaciones públicas y privadas de nuestra demarcación para socializar nuestra Misión, Visión y Valores.<br>Evidencias:<br>La página Web. Taller de revisión de la misión, visión y valores (fotos, listado de participantes), reuniones, agendas y listados de participantes, redes sociales. | |
| 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). | Colocamos en todas las áreas de manejo de información los equipos necesarios para manejar información rápida, segura y a tiempo como son: computadoras completas, internet, impresoras.<br>Estamos en el proceso de instalación por áreas del software poder digitalizar nuestro centro, enlazando todos los departamentos por una red única.<br>En el análisis de nuestro Plan de Acción se trabajó con los grupos de interés el análisis POAM (perfil de oportunidades y amenazas). Mediante este análisis se evalúo el grado y el impacto de las oportunidades y amenazas de los siguientes factores: económicos, políticos, sociales, tecnológicos, geográficos y ambientales, y competitivos.<br>Tomamos en cuenta las estadísticas multivariables del país del sector salud, realizamos el análisis de Requisitos, Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas los cuales consolidan la información que dio lugar a la identificación de factores facilitadores u obstaculizadores y la definición de los Riesgos y las estrategias de mitigación. Todo ello se traduce en el | |

| | | |
|---|---|---|
| | Plan Estratégico, la Matriz VAR (Valoración y Análisis de riesgos) y sus consecuentes planes operativos anuales. Tenemos certificaciones de la NORTIC.<br>En la actualidad estamos enlazados con el Plan Estratégico del SNS.<br>Evidencias:<br>Plan Estratégico del SNS, Plan de Acción, FODA institucional, certificación Nortic A2 y Nortic A3. | |
| 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. | Asumimos el código de ética del Sector Público y la Ley General de Salud.<br>Tenemos el comité de ética conformado desde agosto 2017 y se reúne cada mes, este se rige por este código. La última actualización la realizamos en el año 2024. Hemos desarrollado metodología de gestión para fomentar el comportamiento ético alineado con la Ley General de Salud (42-01), Ley de Seguridad Social (87-01) y sus modificaciones, Ley de Función Pública (41-08), Ley No. 449-06 que modifica la Ley No. 340-06 sobre Contrataciones de Bienes, Obras, Servicios y Concesiones y la Ley 200-04 de Libre Acceso a la Información, y la Disposición 00018 del 21 de julio del 2014 que crea el Reglamento Disciplinario del Personal del Ministerio de Salud Pública para la Reducción de la Mortalidad<br>Materna e Infantil.<br>Contamos con una Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI). Donde publicamos todo lo concerniente a nuestro hospital<br>Evidencia:<br>Ley 42-01, Ley 41-08, Ley 449-06, Ley 200-04, Disposición 00018 del 21 de julio del 2014 que crea el Reglamento Disciplinario del Personal del Ministerio de Salud Pública para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, Código de Ética y Acta del Comité de Ética y Disciplina, Comité de Compras. Oficina OAI. | |

| | | |
|---|---|---|
| 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). | Nuestro director fomenta la confianza entre los líderes y colaboradores creando un excelente ambiente de trabajo mediante:<br>-La confianza, el compromiso y la colaboración entre directivos y colaboradores.<br>-Cumplimiento con los derechos y deberes de los usuarios.<br>-Comunicación abierta entre los diferentes grupos de interés.<br>-Dando lo mejor de sí y predicando con el ejemplo para aumentar nuestra capacidad resolutiva alcanzando así el logro de los objetivos organizacionales.<br>-Compartiendo los conocimientos y aprendizaje con las personas, para un mejor desempeño laboral.<br>-Realizamos reuniones periódicas con los encargados de cada departamento y la dirección, donde se discuten estrategias de mejoras de las diferentes áreas.<br>Evidencias:<br>Documento de revisión, foto de actividades de cultura de valores. Minutas de reuniones dirección con las gerencias. | |

**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 Organigrama, Mapa de Procesos, Estructura Organizativa y Manual de Organización y Funciones aprobadas por el SNS Y el MAP.<br>LA RESOLUCION NUM. 04-2021 QUE APRUEBA LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL HOSPTAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI.<br>LA RESOLUCION NUM. 04-2021 QUE APRUEBA EL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Se han implementado unidades especializadas en la medicina que implica la definición de procesos, estructuras, funciones y responsabilidades con la finalidad de satisfacer las necesidades de los diferentes grupos de interés, dentro de las implementaciones de gran relevancia tenemos la unidad de:<br>• Cuidados intensivos de adultos e intensivo neonatal<br>• Hemodiálisis<br>• Banco de sangre<br>• Bacteriología<br>• Reanimación<br>• Trauma y observación para pacientes que acuden a la emergencia,<br>• Unidad de atención para pacientes en crisis.<br>• Unidad diagnostica<br>• Unidad de gastroenterología.<br>• Unidad de nutrición<br>• Imagenes.<br>Programa de TB<br>Programa de VIH<br>Programa de Adolescentes.<br>Tenemos los siguientes manuales actualizados:<br>El Manual de Organización y Funciones aprobado por el SNS y el MAP.<br>Manual de Limpieza General<br>Manual de Bioseguridad.<br>Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico.<br>Manual de Esterilización<br>Manual de Lavandería<br>Manual de Limpieza para Derrames de Fluidos Corporales.<br>Guía Farmacoterapeutica y su lanzamiento.<br>Manual de Bioseguridad de la sección de Diagnostico e Imagen 2024.<br>Manual de Riesgos Laborales 2024.<br>Evidencias:<br>Listado de participantes de reunión con el | |

| | | |
|---|---|---|
| | MAP, Manual de Organización y Funciones, Plan Operativo Anual, manuales internos, Mapa de Procesos, Organigrama y Estructura Organizativa, lanzamiento de la Guía Farmacológica. | |
| 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. | Los objetivos y resultados están definidos en nuestro POA 2024. Contamos con el Plan Estratégico del SNS, donde lo socializamos con el Comité de Calidad, Comité de Ética y representante de todas las áreas de nuestro hospital.<br>En nuestra institución se definieron los indicadores para el monitoreo de la gestión productiva institucional. Disponemos de indicadores de producción, rendimiento, eficiencia y financieros, así como indicadores de la gestión clínica, de calidad subjetiva y de evaluación de los servicios de salud.<br>Se da participación activa a los departamentos en toma de decisiones, para el desarrollo de la institución.<br>Los principales indicadores priorizados por el Viceministerio de la Garantía de Calidad del Ministerio de Salud Pública cuantificables y de interés general para dar respuesta a la calidad en la atención son:<br>1-Infecciones asociadas a la atención en salud: como la neumonía, asociada a la ventilación mecánica, la infección de tracto urinario asociado al catéter urinario permanente, bacteriemia asociada a catéter central.<br>2-Infecciones en el área quirúrgica, indicadores de proceso para la prevención en sitio quirúrgico, complicaciones post quirúrgicas.<br>3-Uso correcto de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.<br>4-Relación parto cesárea,<br>5-auditoria de expedientes clínicos.<br>6-Habilitación de los servicios. | |

| | | |
|---|---|---|
| | 7- Profilaxis antibiótica realizada hasta una hora antes de la incisión.<br>8-Infección del trato urinario asociado a catéter urinario permanente<br>9-Bacteriemia asociada a catéter venoso central.<br>Indicadores calidad de la atención materna<br>1-Reducción de la morbilidad y la mortalidad asociada al embarazo.<br>2-Reducción de la mortalidad por trastornos hipertensivo del embarazo<br>3-Reducción de mortalidad por hemorragias.<br>4-Identificación de riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio.<br>Estos indicadores son monitoreados con diferentes periodicidad que van diario, semanal, mensual y trimestralmente. Son reportados a las autoridades. Posteriormente los resultados son evaluados por la Dirección Provincial de Salud.<br>Evidencias:<br>Ver matriz de POA, Indicadores del 67-A, Indicadores de Calidad del VMGC, Cuadro de Indicadores del HPDAC, Informes de Monitoreo de los Indicadores, presentaciones remitidas al SRSM y al VMGC para las videoconferencias. | |
| 3. Se introduce mejoras del sistema de gestión y el rendimiento de la organización, de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los pacientes (por ejemplo: perspectiva de género, diversidad, promoviendo la participación social y de otros sectores, en los planes y las decisiones, etc.). | En nuestra institución se definieron los indicadores para el monitoreo de la gestión productiva institucional. Disponemos de indicadores de producción, rendimiento, eficiencia y financieros, así como indicadores de la gestión clínica, de calidad subjetiva y de evaluación de los servicios de salud.<br>A todos los pacientes sin importar el género, clase social, nacionalidad, se les brinda asistencia<br>Los principales indicadores priorizados por el viceministerio de la garantía de calidad del ministerio de salud pública cuantificables y de interés general | |

| | | |
|---|---|---|
| | con los que damos respuesta a la calidad en la atención son:<br>1-Infecciones asociadas a la atención en salud: como la neumonía, asociada a la ventilación mecánica, la infección de tracto urinario asociado al catéter urinario permanente, bacteriemia asociada a catéter central.<br>2-Infecciones en el área quirúrgica, indicadores de proceso para la prevención en sitio quirúrgico, complicaciones post quirúrgicas.<br>3-Uso correcto de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.<br>4-Relación parto cesárea, 5-auditoria de expedientes clínicos.<br>5-Habilitación de los servicios.<br>6- Profilaxis antibiótica realizada hasta una hora antes de la incisión<br>7-Infección del trato urinario asociado a catéter urinario permanente<br>8-Bacteriemia asociada a catéter venoso central.<br>Indicadores calidad de la atención materna:<br>1-Reducción de la morbilidad y la mortalidad asociada al embarazo.<br>2-Reducción de la mortalidad por trastornos hipertensivo del embarazo.<br>3-Reducción de mortalidad por hemorragias.<br>4-Identificación de riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio.<br>Estos indicadores son monitoreados con diferentes periodicidades que van de diario, semanal, mensual y trimestralmente. Son reportados a las autoridades. Posteriormente los resultados son evaluados por la Dirección Provincial de Salud.<br>Evidencias:<br>Ver matriz de POA, Indicadores del 67-A, Indicadores de Calidad del VMGC, Cuadro de Indicadores del HPDAC, Informes de Monitoreo de los Indicadores, | |

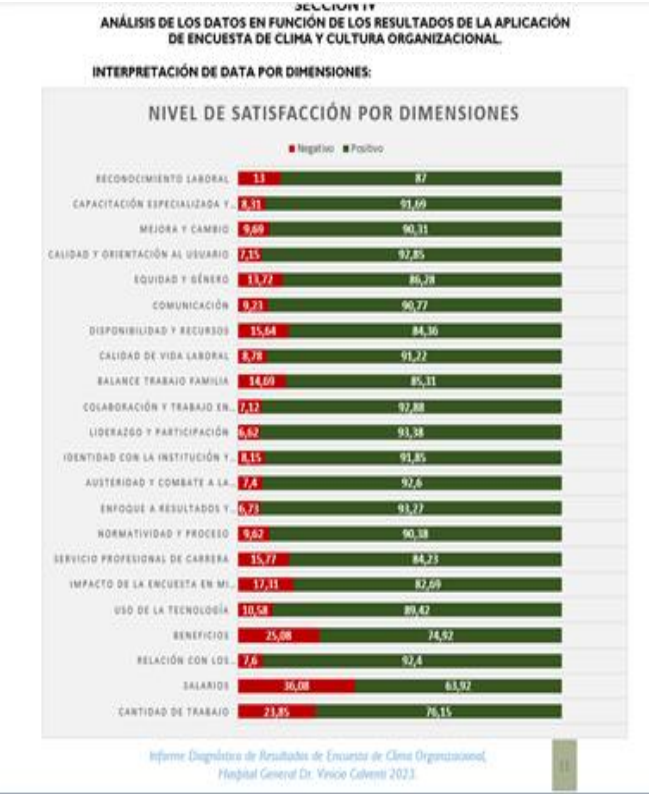
| | | |
|---|---|---|
| | presentaciones remitidas al SRSM y al VMGC para las Videoconferencias | |
| 4. Funciona un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como "Balanced Scorecard", NOBACI, otros). | El sistema de información cuenta con diversos formularios y libros de registros, como son el libro de emergencias, el libro de partos, el libro de registro de vacunas y diversas plantillas físicas y electrónicas suministradas por los órganos rectores y directores del Sistema.<br>Además, para la gestión de la información contamos con sistemas automatizados de gestión de la data producida, (MERCY y SIGMA) hasta febrero 2022.<br>En este año 2023-2024 hemos comenzado la instalación del programa SIGMA por áreas priorizadas hasta abarcar todas las áreas que requieren digitalización de sus procesos.<br>Contamos con el tablero de mando, plantilla de calidad, sala situacional materno infantil, planes de mejoras.<br>Conformamos la unidad de riesgos, emergencias y desastres.<br>Evidencias:<br>Planes de mejoras, indicadores de salud (tablero de mando, sala situacional Reportes de Producción, Matrices, Metas SRSM, MSP y VMGC, POA, Fotos libros registros. | |
| 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. | Estamos en la sexta implementación del modelo CAF. El MAP nos dio acompañamiento en el primer auto-diagnostico CAF, al igual que nuestra institución contrato un técnico para nuestro acompañamiento en el primer autodiagnóstico. En nuestro centro tenemos la cultura de visión del cambio y mejora continua de la calidad. Aplicamos los principios de mejora continua y | No tenemos listado de participantes de los talleres de gestión de Calidad |

| | | |
|---|---|---|
| | garantía de la calidad desde el año 2018 mediante la implementación el Marco Común de Evaluación o Modelo CAF. Monitoreamos de manera continua el Cuadro de Indicadores de Calidad suministrado por el VMGC del MSP y rendimos cuenta trimestralmente en las videoconferencias y en los monitoreos del SRSM y el MAP por el SISMAP Salud.<br>Evidencias:<br>Comité de Calidad y Jornadas de trabajos, guía CAF trabajada con los planes de mejora que estamos socializando. Presentaciones de videoconferencias de calidad, SISMAP Salud, Ranking hospitalario | |
| 6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización. | Utilizamos la plataforma de indicadores de seguridad de emergencias. En el área de estadísticas utilizamos el Intranet, plataforma facilitada desde el SNS, donde reportamos el 67A, 72A, EPI1 y EPI2. Y toda la información va al repositorio del SNS.<br>El SIP PLUS para obstetricia<br>El 67 A para el repositorio del SNS, por medio del Intranet<br>EPI 1 y 2 Ministerio de Salud Pública.<br>Evidencias:<br>Indicadores de seguridad de emergencias, Fotos, 67A, 72A, EPI 1 y 2. SIP. | |
| 7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo. | Nuestros procesos están adecuados para la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.<br>Nuestro comité de calidad se reúne cada dos meses para generar las condiciones adecuadas para que los procesos fluyan.<br>Espacios para las reuniónes de la dirección con los departamentos. El otro escenario es la entrega de guardia, la cual se celebra cada día en tanda matutina y es el escenarios para el trabajo colaborativo de los equipos. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Se mantiene un espacio adecuado y condiciones aceptables para desarrollar las tareas diarias, los procesos y proyectos, como son:<br>Salón de reuniones,<br>Salón de cambio de turno,<br>Estación de enfermería en diferentes puntos estratégicos como son:<br>Emergencia, UCI, UCIN, quirófano, hemodiálisis y hospitalización, estaciones ubicadas de fácil acceso a todos los pacientes Área de descanso para médicos y enfermeras debidamente equipadas y cómodas.<br>El hospital para favorecer la gestión y fomentar el trabajo de equipo cuenta con los siguientes comités:<br>Consejo Administrativo Hospitalario<br>Comité de Calidad<br>Comité de Control de Infecciones Asociadas a la Atención<br>Comité Fármaco Terapéutica<br>Comité de ética y disciplina<br>Comité de Mortalidad Materna<br>Comité de Emergencia y Desastres<br>Comité de Bioseguridad<br>Comité de Trasplante<br>Comité de Compras<br>Comité de Mortalidad<br>Comité de Mortalidad Infantil<br>Comité de la Mejora Continua de la Atención y Seguridad del Paciente.<br>Comité de Calidad de los Servicios<br>Comité de Bioética<br>Comité de Grupos Focales y Veeduría<br>Comité Cigeti<br>Comité de expedientes clínicos.<br>Club de donantes y transfusiones.<br>Evidencias:<br>Actas de reuniones de la Junta Administrativa, minutas reuniones Comité Administrativo Hospitalario, actas constitutivas de los comités, Foto | |

| | | |
|---|---|---|
| | de la entrega de guardia, foto del salón de conferencias, foto de las estaciones de enfermería y área de descanso. Listado de participantes y minutas de las reuniones de los comités. | |
| 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. | Mantenemos nuestros clientes internos con comunicación efectiva a todos los niveles de la institución, por medio de:<br>Reuniones de los equipos de trabajo, Memorándum, Email. Grupos de WhatsApp de diferentes categorías: departamentos, de calidad, entre otros.<br>-Comunicaciones para los usuarios externo por medio de la OAI, redes sociales, página Web, Carta compromiso al ciudadano tenemos chat con los encargados.<br>Evidencias:<br>Redes sociales, Plan de Comunicaciones externas e internas, comunicaciones, murales y chats, etc. | No realizamos reporte trimestral de Redes Sociales(métricas) para ver la efectividad en los medios de comunicación |
| 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. | Promovemos una cultura de innovación y mejora continua. Las sugerencias recibidas tanto de los usuarios internos como externos las analizamos, a fin de retroalimentar a los empleados e informarles de algunas de las decisiones tomadas y escuchar sus opiniones.<br>1. Llanzamiento de la primera Carta Compromiso al Ciudadano, Para el mes de julio 2022. Contamos con una segunda versión de la Carta Compromiso al Ciudadano 2024-2026.<br>3. Contar con un personal de relaciones públicas.<br>4. Implementación de los protocolos internos.<br>5-implementado la Estructura Organizativa y el Manual de Organización y Funciones.<br>6-Reingenieria del departamento de Atención al Usuario.<br>7-Lanzamiento Guía Farmacoterapeutica.<br>8-Apertura Unidad Atención Integral de Adolescente.<br>9-Apertura Área de Tomografía. | |

| | | |
|---|---|---|
| | 10- Manual de protocolo de Punción Lumbar Interno.<br>11- Manual Riesgo Laboral Interno 2024<br>Evidencias:<br>Comité de calidad y jornadas de trabajo, Guía CAF trabajada y con planes de mejora, Carta Compromiso al Ciudadano, invitación a reuniones, fotos, Carta Compromiso, Guía Farmacoterapeutica, Tomógrafo, Unidad de Adolescente. | |
| 10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes. | Socializamos los informes de las auditorias que nos realizan con las áreas implicadas para retroalimentar y preparar los planes de mejora continua y de esta manera incentivar al personal involucrado a que participe de esos planes. Contamos con un equipo de calidad el cual informa a todos los niveles del hospital los elementos clave para implantar una cultura diaria de excelencia fundamentada en el cambio y el aporte que cada colaborador debe hacer para el logro de las metas de calidad.<br>Los encargados departamentales y supervisores son los responsable de informar y capacitar al personal bajo su mando, sobre los cambios que se van a implementar, además de comunicar sobre esto a través de internet, comunicaciones, memorándum e-mail, grupos de WhatsApp entre otros.<br>Tenemos informados a nuestro personal y grupos de interés tanto internos como externos de todos los cambios y sus razones realizados por medios de circulares, murales, y reuniones; motivándolos a participar en los procesos.<br>Evidencias:<br>Consolidado POA, listado de participantes, informe de auditoría del POA. Informes de auditorías internas y externas Circulares informativas, actas de reuniones informativas, y fotos de reuniones, foto de murales, memorándum, correos grupales, comunicaciones enviadas a grupos de interés externos, charlas impartidas a usuarios de los servicios. | |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| 11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento. | Nuestro sistema de gestión evita conflictos de intereses, preservando comportamientos Éticos y la integridad.<br>La encuesta de clima laboral se realiza cada 2 años. La ultima realizada en el año 2023 arrojo las siguientes respuestas de los colaboradores:<br>  <br>**ANÁLISIS DE LOS DATOS EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTA DE CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL.**<br>**INTERPRETACIÓN DE DATA POR DIMENSIONES:**<br>NIVEL DE SATISFACCIÓN POR DIMENSIONES<br>Negativo Positivo<br>RECONOCIMIENTO LABORAL 13 87<br>CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA Y.. 8,31 91,69<br>MEJORA Y CAMBIO 9,68 90,33<br>CALIDAD Y ORIENTACIÓN AL USUARIO 7,15 92,85<br>EQUIDAD Y GÉNERO 13,72 86,28<br>COMUNICACIÓN 9,23 90,77<br>DISPONIBILIDAD Y RECURSOS 15,64 84,36<br>CALIDAD DE VIDA LABORAL 8,78 91,22<br>BALANCE TRABAJO FAMILIA 14,69 85,31<br>COLABORACIÓN Y TRABAJO EN.. 7,12 92,88<br>LIDERAZGO Y PARTICIPACIÓN 6,62 93,38<br>IDENTIDAD CON LA INSTITUCIÓN Y.. 8,15 91,85<br>AUSTERIDAD Y COMBATE A LA.. 7,4 92,6<br>ENFOQUE A RESULTADOS Y.. 6,73 93,27<br>NORMATIVIDAD Y PROCESO 9,62 90,38<br>SERVICIO PROFESIONAL DE CARRERA 15,77 84,23<br>IMPACTO DE LA ENCUESTA EN MI.. 17,31 82,69<br>USO DE LA TECNOLOGÍA 10,58 89,42<br>BENEFICIOS 25,08 74,92<br>RELACIÓN CON LOS.. 7,6 92,4<br>SALARIOS 36,08 63,92<br>CANTIDAD DE TRABAJO 23,85 76,15<br>Informe Diagnóstico de Resultados de Encuesta de Clima Organizacional, Hospital General Dr. Vinicio Calventi 2023.<br>Siendo los más relevantes de estos.<br>1-Austeridad y combate a la corrupción 92%.<br>2-Mejora y cambio 90,33%.<br>3-Liderazgo y participación 93,2%.<br>4-Identidad con la institución 91.8%.<br>5-Normatividad y proceso 90,3%.<br>Contamos con el comité de Ética. | No tenemos encuesta de clima laboral actualizada |

| | | |
|---|---|---|
| | El departamento de seguridad mantiene el protocolo debidamente actualizado por el manual de seguridad del SNS.<br>Evidencias:<br>Comité de ética, departamento de seguridad, Manual de Seguridad del SNS, encuesta de clima laboral 2023. | |

**Subcriterio1.3 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 |
|---|---|---|
| **Los líderes (directivos y supervisores):** Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.)<br>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. | Nuestros líderes, motivados por la máxima autoridad predican con el ejemplo, nuestro director es el primero en llegar y siempre está dispuesto a apoyar las personas del hospital. Realiza las rondas médicas inculcando el compromiso a los usuarios. Nuestro máxima autoridad motiva el compromiso de los empleados en cuanto la llegada a tiempo, disponibilidad de realizar las labores comprometidos en el marco de la mejora continua de los objetivos y valores.<br>Nuestros directivos y encargados modelan la conducta de los colaboradores con el ejemplo de sus acciones. Dentro y fuera de la institución se nota que cumplen con las funciones y responsabilidades de su cargo establecido en el Manual de Funciones, siendo ejemplos en el cumplimiento del horario, manteniendo su asistencia diaria, apoyando y participando en las actividades para el logro de los objetivos y metas. Así mismo, el equipo de gestión es el primero involucrado en las actividades para el desarrollo del Modelo CAF y su promoción a los empleados.<br>Evidencias:<br>Reconocimientos a la institución como superación en el SISMAP Salud. Registros de ponche de las áreas administrativas, foto de los encargados participando en actividades del CAF, foto donde participan los | |

| | | |
|---|---|---|
| | colaboradores en actividades de gestión del cambio, ética y mejora institucional, fotos reuniónes de los Comités , minutas de los diferentes comités. | |
| 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. | Nuestro hospital practica la política de puertas abiertas.<br>La nomina consta con personal con diversidad funcional bajo un perfil de puesto sin discriminación valorando sus competencias.<br>Un gran porcentaje de puestos administrativos ocupados por mujeres.<br>La dirección motiva el respeto, trabajo en equipo, cooperación dando participación de sugerencias, planes de mejora y lluvias de ideas en todas las áreas del hospital.<br>La dirección general y su equipo de trabajo cumplen con las normas y procedimientos establecidos, como forma de garantizar el cumplimiento por parte de todos nuestros colaboradores:<br>1. En cuanto a la salud no existe ningún tipo de discriminación, este es un derecho fundamental de los usuarios. En el departamento de atención integral se da consejería para los pacientes que lo necesitan.<br>2. Atender a todos los usuarios que soliciten de nuestros servicios sin importar su raza, religión, credo político o preferencia sexual.<br>3. Garantizar los derechos de las personas.<br>Evidencias:<br>Nómina de personal con diversidad funcional, nómina de personal femenino. Derechos y Deberes de los Usuarios, planes de mejoras | |
| 3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización. | Los encargados diariamente presentan un informe de entrega de guardia oral y escrito, donde participa todo el personal saliente y entrante al servicio para compartir las informaciones de todas las áreas del hospital y mantenerse informados y actualizados de | |

| | | |
|---|---|---|
| | todas las informaciones relevantes del hospital en cuanto a los pacientes y procesos administrativos.<br>Reuniones con los diferentes departamentos para informar sobre las modificaciones a nivel de infraestructura ya que estamos en remodelación de algunas áreas y sobre los planes de mejora para brindar servicios de calidad y prevención de eventos adversos a nivel general.<br>Evidencias:<br>Minutas e informes, registro de participantes, fotos y acta de reuniones, lista de participantes en la entrega de guardia, grupo de WhatsApp de gerentes, formulario de entrega de guardia, actas reuniones. etc. | |
| 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. | Tenemos una comunicación efectiva entre los equipos de trabajo. Nuestro director motiva a mejorar el desempeño reconociendo en público el personal empoderado y talentoso.<br>La entrega de guardia es el mejor escenario que tenemos para brindar retroalimentación sobre la mejora del desempeño y la calidad del servicio.<br>Evidencias:<br>Talleres y capacitaciones, ayuda económica para estudios y graduaciones. Listas de participación en entregas de guardias, lista de participantes en reuniones departamentales. Carpeta de informes trimestrales. | |
| 5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas. | Nuestra dirección en forma de potencializar las competencias y empoderamiento de los empleados delega funciones y responsabilidades para emprender proyectos claves relacionados con la organización.<br>Realizamos Cartas de motivación al personal.<br>Realizamos rendición de cuentas anual en la memoria institucional y a la vez informes semestrales donde informamos los avances y desafíos que presenta la institución. | No se realizan cartas del director empoderando al personal asignaciones especiales, solo es verbal. |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencias:<br>Cartas de motivación de la dirección, informes semestrales, memoria institucional. | |
| 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. | Nuestro director motiva a todo su personal a que asuman su auto formación para la mejora de sus competencia así como prestando ayuda económicas, permisos para su formación académica.<br>Disponemos de un Plan de Capacitación con su cronograma de capacitación del año. Se gestiona capacitaciones y talleres impartidos por INFOTEP, el Ministerio de Administración Pública, la DIGEIG, la DPS, la Gerencia de Área y el Servicio Nacional de Salud, SRSM. Otro elemento clave que utilizamos para el aprendizaje continuo son las rondas en el área de internamiento y emergencia donde se discuten casos clínicos y procedimientos y se promueve la revisión de las nuevas guías de manejo, así como la implementación de los protocolos de manejo de patologías frecuentes en emergencia, presentación de temas y casos por MA y residentes. Invitamos médicos reconocidos del sistema a presentación de temas relevantes para el buen funcionamiento del centro.<br>Evidencias:<br>Plan de capacitación, cartas de autorización de permiso para estudios, ayudas. Lista de participantes a cursos, copia de certificado, fotos actividades, foto ronda. | No se realiza informe de seguimiento del plan de capacitación. |
| 7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo. | Nuestra institución reconoce los esfuerzos individuales y de equipos de trabajo en público. Se reconoce al personal meritorio y se selecciona el empleado del año y se otorga certificados por rendimiento al personal, distribución de incentivos a todo el personal médico y administrativo.<br>Evidencias:<br>Fotos de eventos, nómina de distribución de incentivos y copia de certificados. | |

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

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 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. | El hospital cuenta con una plantilla de grupos de interés desde el 2020 y mantenemos relaciones proactivas con representantes de la comunidad, para dar apoyo y fortalecimiento al hospital.<br>El comité de grupos focales y veedores nos enlazan directamente con la comunidad con el fin de escuchar sus necesidades y sugerencias para introducir mejoras en el servicio brindado y garantizar la satisfacción de los usuarios, que podamos dar dentro de un tiempo pertinente la solución necesaria y ejecutar aquello que entendemos factible para un mejor funcionamiento del Centro Hospitalario.<br>Evidencias:<br>Plantilla de grupos de interés 2020, Cuadro de Necesidades y Expectativas, Análisis de Involucrados. Lista de asistencia a reuniones de socialización, fotos de actividades, encuesta de satisfacción, encuesta de medición de clima laboral. | No tenemos la plantilla de grupos de interés actualizada |
| 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. | Mantenemos relaciones con las autoridades de la comunidad, realizamos reuniones con la alcaldía, ayuntamiento, bomberos, iglesias donde comunicamos los avances y los nuevos servicios que brindamos a los usuarios.<br>Mantenemos contacto permanente con el Servicio Nacional de Salud a través del Servicio Regional y la Gerencia de Área donde asistimos a los talleres y reuniones que fuimos invitados de diferentes áreas, a la vez también los recibimos en nuestro centro en la semana de la calidad y en las inspecciones mensuales y trimestrales que nos realizan. Además, mantenemos excelentes relaciones con el Ministerio | |

| | | |
|---|---|---|
| | de Salud, el Viceministerio de Garantía de la Calidad y la Dirección Provincial de Salud. Participamos en reuniones del VMGC para la elaboración de la Política Nacional de Calidad en Salud. Cumplimos las políticas que nos aplican para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Estrategia Nacional de Desarrollo y las Metas Presidenciales, especialmente las políticas que tienen que ver con la mejora de la calidad del servicio y la reducción de la mortalidad materna e infantil. Participamos en la presentación de indicadores materno Infantil dos veces al año.<br>Participamos regularmente en las videoconferencias del VMGC para el cumplimiento de los indicadores de calidad.<br>Mediante el POA reflejamos el comportamiento a nivel de gestión y producto así como comunicaciones, reflejando el comportamiento de pagos y asignación de recursos y solicitudes de necesidades especiales.<br>Evidencias:<br>Matriz POA, informe situación y deuda, plan de mejora financiero, listas de participantes actividades con el SNS, charlas a los usuarios. Presentaciones de indicadores. | |
| 3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión. | Las políticas públicas relevantes para el hospital están identificadas especialmente las que van encaminadas a los cumplimientos de las metas presidenciales, como son: disminución de la mortalidad materna e infantil, reducción de embarazo en adolescentes ya que tenemos un departamento de maternidad<br>Prevención y atención integral para enfermos crónicos entre otras ya que tenemos la residencia de geriatría y contamos con un staff de médicos especializados en diferentes especialidades. La estrategia nacional de desarrollo como es Garantizar el derecho a la población al acceso de un modelo de atención integral con calidad y calidez que privilegie la promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante la | |

| | | |
|---|---|---|
| | consolidación del sistema nacional de salud, y la política de la seguridad social como son la administradora de riesgo de salud que benefician de manera significativa a los pacientes ayuda al desarrollo institucional. Realizamos nuestra carta compromiso al ciudadano segunda versión para garantizar el cumplimiento del objetivo arriba mencionado de la Estrategia Nacional de Desarrollo.<br>Evidencias:<br>Objetivos de Desarrollo Sostenible, Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, Metas Presidenciales, Plan Plurianual del Sector Publico, Plan Plurianual del Ministerio de Salud Pública, Plan Estratégico SNS, PEI. Política Nacional de Calidad en Salud y Plan Operativo Anual. | |
| 4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas. | La institución invita a las autoridades del SNS, SRSM Y DPS, comunitarios, empresarios, colegio médico, personal interno, iglesias, etc, a las actividades y a las reuniones de interés local.<br>Estas actividades son:<br>Videoconferencias de la calidad.<br>Presentación de indicadores materno neonatal.<br>Asambleas con CMD y grupos de enfermería.<br>Reuniones con los bomberos, escuelas públicas y universidades.<br>Reuniones con los comunitarios y grupos focales.<br>Reuniones con SRSM, SNS y UNICEF.<br>Evidencias:<br>Alianzas, acuerdos, participación en nuestra misión, visión y valores a los ciudadanos (comunitarios). Fotos de reuniones, listados de participantes. | |

| | | |
|---|---|---|
| 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.). | Desarrollamos alianzas con organizaciones para el desarrollo de nuestro hospital como son: Ayuntamiento, bomberos, iglesias, universidades, COIN, UNICEF, INAP, nos colaboran en diferentes actividades.<br>Nos mantenemos en contacto y trabajo en grupos con hospitales docentes que nos envían residentes, internos, médicos y enfermeras pasantes, rotaciones por las diferentes especialidades y áreas médicas. Mantenemos alianzas con el COIN para lo cual tenemos un departamento de Atención Integral.<br>Estas rotaciones duran de un mes, 3 meses hasta un año.<br>Acuerdos con diferentes universidades como UASD, INTEC, UNPHU, UTESA, UNIREMOS, HENRIQUEZ Y CARVAJAL, UPHEC, ADVENTISTA.<br>Evidencias:<br>Alianzas, listados de rotaciones, listados de capacitaciones, fotos de actividades. | |
| 6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión. | La dirección participa en actividades organizadas por asociaciones, organizaciones representativas y grupos de interés cada vez que solicitan nuestra participación.<br>Asambleas del Colegio Médico.<br>Marchas con la Iglesia.<br>Limpieza de áreas aledañas al centro con bomberos y comunitarios.<br>En actividades de escuelas públicas y privadas con nuestro departamento de adolescente<br>Evidencias:<br>Solicitudes de operativos y fotos de los operativos realizados, asamblea CMD, fotos de las limpiezas realizadas, fotos en actividades escolares. | |
| 7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de | El hospital ha sido reconocido como institución por brindar servicios médicos humanizados y de calidad, por el apoyo incondicional de los operativos médicos y | |

| | | |
|---|---|---|
| interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros. | visitas domiciliarias por la comunidad y otros grupos de interés.<br>Reconocimiento en el SISMAP SALUD 2022 segundo lugar, categoría superación institucional.<br>Por medio del portal de transparencia publicamos nuestra cartera de servicios, los operativos para ayudas de la población y los reconocimientos de instituciones públicas y privadas. Por medio de este portal promocionamos todos los servicios de salud que brindamos.<br>Utilizamos pantallas en lugares estratégicos en nuestras instalaciones para promover nuestros servicios e informaciones actualizadas en tópicos de salud preventiva y de educación.<br>Evidencias:<br>Redes sociales, nuestro portal institucional.<br>Certificados de reconocimientos y placas, pantallas en el área de consulta. | |

## CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| **La Organización:**<br>1. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales como: el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes. | La recopilación, análisis y revisión de la información relevante sobre las variables político- legal, sociocultural, medioambiental, económico, tecnológico, demográfico, etc., ha sido desarrollada en la institución a través de diferentes mecanismos. Evidencia de ello puede verificarse en las jornadas previas a los ejercicios de formulación estratégica del "PLAN ESTRATEGICO Y PRODUCCION 2012, y durante la realización de los Planes Operativos Institucionales. El ya referido ejercicio de análisis y | |

| | | |
|---|---|---|
| | reflexión previo a la formulación estratégica 2020-2023 permitió identificar oportunidades de mejora en la forma en que se recopila esta información, por lo cual, se creó la nueva "Planilla para seguimiento y revisión de los factores del contexto organizacional, relevantes para SGC (4.1 ISO9001:2015)". Mediante el llenado de este instrumento la institución integra la capacidad de realizar un seguimiento sistemático, no sólo a las variables relevantes de tipo externa.<br>Al mismo tiempo alineado al Plan Estratégico del SNS, el cual estamos dando fiel cumplimento.<br>Evidencia:<br>Plan Estratégico Institucional 2020-2023 y Plan Estrategico del SNS, plantilla de seguimiento y revisión delos factores del contexto organizacional. | |
| **2.** Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas. | El hospital se mantiene actualizando y realizando diferentes iniciativas para identificar a todos los grupos de interés relevantes para la institución. En la formulación de nuestro plan estratégico 2020-2023, la institución creo la "Planilla para seguimiento a las necesidades y expectativas de las partes interesadas relevantes para el SGC" (ver anexo). Mediante el uso de esta planilla se ha logrado realizar una determinación más específica de los grupos de interés relevantes, tanto a nivel interno como externo para la institución. La planilla también es usada para describir la razón de la relevancia o impacto de este grupo de interés, para así poder priorizar las acciones de abordaje de este grupo de interés, según sea considerada de alta, moderada o baja relevancia.<br>Evidencias:<br>Plantilla de seguimiento a las necesidades y expectativas de los grupos de interés 2020. | No tenemos la plantilla de grupo de interés actualizada desde el año 2020 |

| | | |
|---|---|---|
| 3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas. | Nuestro Plan Estratégico 2020-2023, para la realización de este, mediante varios talleres se analizaron los cambios que producen las reformas en el sector público, con énfasis en los cambios que se generan en el Ministerio de Salud como ente rector del Sistema Nacional de Salud, las normas y reglamentos de regulación y otros.<br>También analizamos los cambios en la provisión de servicios por el Servicio Nacional de Salud.<br>Tomamos en cuenta los avances en el desarrollo de los ODS, el Plan Plurianual del Sector Público y la Estrategia Nacional de Desarrollo.<br>Para definir las estrategias aplicamos la matriz del Perfil de Oportunidades y Amenazas (POAM) junto al análisis FODA. En el POAM se analizan las siguientes capacidades:<br>Factores económicos.<br>Factores políticos.<br>Factores sociales.<br>Factores tecnológicos.<br>Factores geográficos y ambientales.<br>Factores competitivos.<br>Una vez hecho estos análisis definimos las estrategias a seguir en nuestro Plan Estratégico Institucional 2020-2023. En el año 2023-2024 nos alineamos al Plan Estratégico del SNS.<br>Evidencias:<br>Análisis POAM, FODA, lista de asistencia al taller Plan Estratégico Institucional y Plan Estratégico del SNS, fotos. | |
| 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.). | El ejercicio de análisis de las fortalezas y debilidades, en adición al análisis de las oportunidades y amenazas, constituye una fase principal del proceso previo a la formulación estratégica de la institución. Evidencia de esto puede verificarse en el “PLAN ESTRATEGICO Y PRODUCCION 2012” el cual contiene | |

| | | |
|---|---|---|
| | dentro de sus páginas los resultados del FODA realizado para esa ocasión. De igual forma, previo a la formulación del nuevo PLAN ESRATEGICO INSITUCIONAL 2020-2023 se realizó un ejercicio de reflexión y análisis de las principales variables internas y externas, el cual dio como resultado el último "FODA 2020-2023.<br>Evidencia:<br>FODA y fotos del taller, Plan Estratégico Interno y Plan Estratégico del SNS. | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 1. Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores. | La traducción de los fines y propósitos planteados en el pensamiento estratégico institucional: Misión, Visión y Valores, a objetivos de mediano, largo y corto plazo, ha sido parte del proceso estratégico tradicional del hospital. Sin embargo, como una forma de robustecer la alineación y asegurar que el despliegue pueda llegar hasta los niveles más operativos, durante la formulación de nuestro último plan estratégico 2020-2023, la institución asumió un enfoque basado en el modelo de planificación desarrollado por el Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPyD), organismo rector del sistema nacional de planificación e inversión pública. Basado en este modelo, el despliegue del pensamiento estratégico institucional inicio con la determinación de los cinco (5) Ejes Estratégicos (EE), los cuales como unidades temáticas que señalan las grandes líneas de acción de la institución y representan de forma global los ámbitos prioritarios asumidos, permiten realizar la agrupación de los ocho (8) Objetivos Estratégicos (OE) correspondientes a este ciclo de la planificación institucional.<br>Evidencias: | |

| | | |
|---|---|---|
| | Plan Estratégico Institucional 2020-2023. | |
| 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. | Para el proceso de formulación de la estrategia institucional, se logró involucrar a los diferentes grupos de intereses, primero, mediante los estudios y encuestas desarrollados en la etapa de análisis previo y una vez formulada la estrategia, los resultados de estas fueron presentados, los resultados preliminares de esta para discusión y análisis. Se realizó jornada donde los representantes de estos diversos grupos aportaron sus opiniones sobre los aspectos que a su juicio deberían estar presente de forma prioritaria en este nuevo plan. Como evidencia de esta reunión se cuenta con fotos y registro de asistencia correspondiente. De igual forma el equipo coordinador el proceso de formulación se aseguró de que los insumos recabados en la "Planilla para seguimiento a las necesidades y expectativas de las partes interesadas relevantes para el SGC (4.2 ISO9001:2015)', contaran con resultados estratégicos concretos dentro de la estrategia donde podrían integrarse las acciones requeridas para ofrecer satisfacción a esas necesidades y expectativas.<br>Evidencias:<br>Matriz comunitarios, reuniones comunitarias, planilla de grupos de interés. | |
| 3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización. | La asignación de los recursos para la ejecución de la estrategia institucional se realiza a partir del POAI y el presupuesto asociado a cada iniciativa, la cual a su vez está vinculada con el resultado de este objetivo y eje correspondiente del PEI. La vinculación de estos recursos con los procesos se realiza mediante el llenado del formato ficha de proceso, donde se identifican los recursos requeridos para el desarrollo de cada proceso. A su vez, la institución ha diseñado la matriz de recursos por procesos del SGC (ver | |

| | | |
|---|---|---|
| | anexo) que permitirá dar un seguimiento específico a la asignación de estos recursos y su disponibilidad. El presupuesto de cada año se trabaja en base al POA y las estrategias de la organización alineadas a las prioridades directivas del SNS y se detallan en una página de Excel del POA en el PPEN 2.1.<br>Evidencia:<br>POA 2024,2025, presupuesto 2024, 2025 | |
| 4.Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan. | Para asegurar que se consideren dentro de las diferentes tareas y recursos, las necesidades de los grupos de interés, dentro de los resultados estratégicos asociados al objetivo estratégico 8. ''Fortalecer la imagen posicionamiento y valoración institucional del Hospital Dr. Vinicio Calventi', la institución ha identificado una serie de resultados que articularan acciones para la satisfacción de estas necesidades y expectativas. Tal es el caso del resultado estratégico 21 (RE21) que plantea lo siguiente. ''Se ha mejorado continuamente la percepción y valoración del hospital a nivel de la comunidad y la sociedad en general estará vinculada con una mejor satisfacción de las necesidades y expectativas de estas para el POA del 2024, 2025 alineado al Plan Estratégico del SNS.<br>Cada año preparamos el presupuesto alineado a nuestro POAI y al PACC.<br>Estamos utilizando el portal transaccional para las licitaciones.<br>Evidencia:<br>Consolidado POA, Presupuesto anual, PACC y portal transaccional. | |

**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 |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Los líderes (directivos y supervisores):**<br>1.Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados. | El modelo de formulación estratégica desarrollado por la institución determina de forma clara los ejes de acción prioritarios, con sus objetivos y resultados estratégicos correspondientes. El marco temporal para la estrategia es de cuatro años, pero su seguimiento se desarrolla de forma anual, a través de la verificación de los niveles de ejecución y cumplimiento del POAI correspondiente. Un aspecto importante que abordamos fue la terminación de nuestra Estructura Organizativa la cual ya tenemos varios años implementado.<br>Evidencias:<br>POA 2024, 2025, Estructura Organizativa. | |
| **2.** Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados. | Por medio de nuestro POAI nuestros objetivos, son medidos por medios de programas y tareas que de manera mensual, trimestral, semestral y anual son medidos por medio de indicadores de resultados, los cuales son evaluados directamente desde el SRSM y SNS.<br>Evidencia:<br>Valoración del POA, e informes de retroalimentación de los monitores externos e internos. | |
| 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. | La traducción de los objetivos estratégicos y operativos de la institución en planes y tareas para las unidades y todos los individuos de la organización, se realiza, como ya fue explicado, a través de la vinculación PEI-POAI-Procesos, donde se asegura que cada iniciativa y/o acción desarrollada en el POAI apunte de forma directa a las metas estratégicas, y que cada indicador de medición de los procesos este enfocado en lograr el desempeño esperado a nivel estratégico.<br>Cuando el POAI ha sido finalizado, el mismo es socializado con todos los empleados del hospital, a fin de favorecer que estos se empoderen de sus | |

| | | |
|---|---|---|
| | actividades y puedan participar proponiendo mejoras y acciones operativas que faciliten lograr los objetivos. Se comunica a las diferentes áreas por medio de comunicaciones escritas y reuniones.<br>Evidencias:<br>Matriz POA 2024, 2025 Comunicaciones, lista de participantes de socialización del POA | |
| 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 el departamento de monitoreo y Evaluación que se encarga de supervisar y monitorear todos los programas y la implementación de los planes de mejora aunado al departamento de Calidad en la Gestión.<br>Contamos con el departamento de Calidad de los servicios que se encarga de los indicadores de salud.<br>Evidencias:<br>Reportes del POA, reportes de auditorías, evaluación internas, indicadores de salud | |

**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. | El hospital como institución que integra procesos académicos realiza labores docentes, y cuenta con acuerdos en varias instituciones docentes a nivel universitario que envían sus residentes, médicos pasantes, internos, pre internos a realizar rotaciones clínicas quirúrgicas en las diferentes especialidades que ofertamos. Dentro de la nueva estrategia el enfoque en la innovación asume un papel principal que se perfila dentro de la propia misión, los valores, y ejes, resultados y objetivos estratégicos. Bajo este nuevo enfoque tenemos los programas de benchlearning y de forma global la gestión del conocimiento en la institución. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Pproporcionamos ayuda de diferentes maneras a nuestros empleados para capacitaciones dentro y fuera de nuestra institución.<br>Hemos estado instalando el programa Sigma para digitalizar los procesos por áreas.<br>Evidencias:<br>Certificados, permisos autorizados con disfrute de sueldo para capacitaciones, congresos. Programa Sigma. | |
| 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. | Nuestro director motiva a todo el personal, principalmente a los encargados departamentales al aprendizaje continuo y fortalecer las competencias por medio del Benchlearning con las diferentes instituciones que tenemos alianzas como el INAP, INFOTEP, SRSM y SNS. Benchmarking con los diferentes hospitales homólogos.<br>Tenemos tablero de mando que permite un enfoque sistemático a través de los procesos internos, permite que las necesidades y expectativas identificadas desde los usuarios y en la sociedad, sean traducidas en requerimientos para los procesos internos, los cuales gestionados desde un enfoque de crecimiento y desarrollo de los recursos priorizados a través de la gestión financiera, mediante los controles del POAI y su presupuesto correspondiente. Hemos realizado algunos intercambios con otros hospitales como es el Hospital Infantil Robert Reid Cabral, y Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora y Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar.<br>Evidencias:<br>Benchlearning, Benchmarking con diferentes instituciones. | |
| 3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes. | Comunicamos las estrategias, informes de retroalimentación del seguimiento de los planes de mejora con todos los grupos de interés de acuerdo a | |

| | | |
|---|---|---|
| | su naturaleza. Hemos formados varios comité entre los cuales tenemos el comité de calidad, que se reúne cada 2 meses y reuniones extraordinaria en situaciones que lo amerite. Tenemos conformado el comité de ética, Comité de Calidad, Comité de Calidad de los Servicios, Comité de Prevención IAAS, Comité de Morbi-Mortalidad Materna, Comité de Compra, Comité de Bioseguridad, Comité de Bioética, Comité de Vigilancia Farmacológica, Comité de Eventos Adversos Fármacos Vigilancias, Comité de Febriles, Comité Hospitalario de Trasplante, Comité de Seguridad del Paciente. Comité de Veeduría y los grupos focales.<br>Por medio de los diferentes comités comunicamos nuestros avances y retrocesos, con los respectivos planes de mejora.<br>Evidencias:<br>Integrantes de los diferentes Comités, actas constitutivas, listado de participantes de reuniones y fotos. | |
| 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. | Para favorecer un enfoque adecuado de la gestión del cambio para la innovación, la institución ha desarrollado la “’Plantilla para registro de planificación de cambios al SGC (ver anexos)’, mediante la cual cada cambio significativo que sea identificado es objeto de un proceso de planificación que permite tener una descripción precisa del cambio planteado, con explicación de la necesidad o beneficio concreto que se busca obtener. La planilla también permite realizar un análisis y evaluación del cambio en función de impacto previsto, las actividades requeridas para su implementación, y los recursos que deberán ser asignados. La propia planilla además permite registrar los niveles de aprobación del cambio y los resultados de conformidad después de su implementación. Se contemplan nuestro plan operativo para garantizar los recursos financieros. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencia:<br>Presupuesto, buscar en la Matriz POA 2024, 2025 el PPNE1, PPNE4 y PPNE5 | |
| 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. | Hemos ampliado nuestra cartera de servicios con Cirugía Plástica y Bariátrica, Unidad Dermatológica, tomografía. También realizamos nuevas pruebas de laboratorio<br>Para simplificar el proceso de facturación hemos instalado otras oficinas de facturación en áreas internas del centro como laboratorio, imágenes, donde ya los usuarios no tienen que hacer largas filas en el área de facturación principal del centro.<br>Evidencias:<br>Fotos de las diferentes áreas de facturación y áreas nuevas, reportes de producción de los servicios nuevos. | |
| 6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados. | Nuestro centro cada año realiza el Plan Anual de Compras y Contrataciones, alineado con nuestro POA y presupuesto, el cual es aprobado por el SNS.<br>Evidencia:<br>Presupuesto, Plan Anual de Compra y Contrataciones, Matriz POA 2024, 2025 el PPNE1, PPNE4 y PPNE5. | |

## 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 |
|---|---|---|
| 1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización. | Analizamos periódicamente por medio de encuestas de clima laboral cada 2 años, evaluaciones del desempeño de personal anual, reuniones de los diferentes comités hospitalarios mensual, con colaboradores internos, donde se detectan necesidades de capacitación, desarrollo profesional | No hemos realizado encuesta de clima laboral en 2024 |

| | | |
|---|---|---|
| | y necesidades básicas tanto de los empleados como de la institución.<br>Como consecuencias de las capacitaciones hemos aumentado la capacidad de trabajo, mejor desempeño y ampliación de nuestra cartera de servicios.<br>Contamos con Estructura Organizativa y Manual de Organización y Funcional aprobados por el MAP.<br>Evidencia:<br>Evaluación de desempeño, EO, MOF, encuesta de Clima Labora y minutas | |
| 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. | La política de recursos humanos del hospital se enmarca en lo contemplado en las siguientes leyes: Ley de Función Pública (41-08), Ley General de Salud (42-01) y sus Reglamentos, Ley de Seguridad Social (87-01), sus modificaciones y Reglamentos y las Resoluciones del Ministerio de Salud Pública (MSP), Servicio Nacional de Salud Hemos implementado políticas claras para la flexibilidad de horario y permisos.<br>Con nuestra política de inserción laboral se toma en cuenta al empleado sin discriminación de ningún tipo.<br>Desarrollamos e implementamos permisos de paternidad y maternidad, excedencias, igualdad de oportunidades, diversidad cultural y género, inserción laboral de personas con discapacidad.<br>Evidencias:<br>Permisos otorgados, expedientes de empleados, formularios de permisos, nominas. | |
| 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. | Se implementan los procesos de selección y desarrollo, como lo estipulado en la ley 41-08, para los fines. En nuestra nómina de 1022 personas, tenemos nombradas 668 mujeres de las cuales 62 tienen equipo gerencial femenino, militares 75,<br>Como parte de la empleomanía tenemos personal | |

| | | |
|---|---|---|
| | con diferentes discapacidades (05 personas), no tenemos preferencia ni exclusión por preferencia sexual.<br>Nuevo ingreso 02.<br>Evidencias:<br>Nómina Femenina Y Discapacitados.<br>Nomina Gerencial Femenina. Nomina general y del SNS. | |
| 4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia. | En nuestra nomina tenemos 16 personas que pertenecen a carrera administrativa.<br>En colaboración con el INAP se socializan y damos talleres de diversos temas de carrera administrativa y servidor público.<br>Evidencia:<br>Nomina General, listado de participantes y talleres | |
| 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 | Contamos con nuestro Manual de Organización y Funciones, Estructura organizativa por lo que a cada colaborador de nuevo ingreso le realizamos su inducción y le entregamos su perfil de puesto. En caso de no cumplir con este perfil, entonces este personal lo capacitamos para mejorar sus competencias y capacidades del puesto, ya que los colaboradores son nombrados directamente desde el SNS.<br>Nuestro plan de capacitación surge en base a la evaluación de desempeño, perfil de puesto y las competencias.<br>Evidencias:<br>Manual de Descripción de Puestos, Manual de organización y funciones institucional , Estructura Organizativa | |

| | | |
|---|---|---|
| 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). | Nuestro personal es seleccionado por el SNS y enviado a nuestra institución, donde de inmediato este es inducido y capacitado de acuerdo a sus competencias. Todos nuestros colaboradores son capacitados por medio de diferentes entidades de acuerdo a sus puestos.<br>En nuestra nómina de 1022 personas, tenemos nombradas 668 mujeres de las cuales 62 tienen equipo gerencial femenino, militares 75, Como parte de la empleomanía tenemos personal con diferentes discapacidades (05 personas), no tenemos preferencia ni exclusión por preferencia sexual.<br>Evidencias:<br>Nómina Femenina Y Discapacitados. /<br>Nomina Gerencial Femenina. Nomina general y del SNS | |
| 7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas | Tenemos varios años implementado la política de Evaluación por Desempeño. Cada colaborador dependiendo de su área y las actividades que le corresponden del POA, más las actividades afines con la naturaleza de su trabajo desarrolla las actividades que se medirán y valoraran en su evaluación de desempeño cada año. La evaluación de desempeño año 2024 arrojo un 99% de cumplimiento valorado por el MAP.<br>En todos los departamentos de nuestra institución se evalúa el personal por medio de la plantilla estandarizada del MAP, SNS.<br>La selección se realiza bajo los estatutos del SNS de entrega de los incentivos por medio de estas evaluaciones.<br>Evidencia:<br>Evaluaciones de Desempeño, nómina de Incentivos. | |

| | | |
|---|---|---|
| 8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas. | Realizamos los acuerdos de desempeño en el mes de febrero de cada año y cada encargado departamental va evaluando de manera individual cada empleado, valorando cada grupo ocupacional de acuerdo a las metas trazadas para cada año.<br>Estos se realizan en todas las áreas del centro en pleno conocimiento del colaborador.<br>Al final de cada año ponderamos las actividades plasmadas en la evaluación de desempeño, la cual también se utiliza para distribuir los incentivos de SENASA, que son entregados al personal dos veces al año.<br>Evidencias:<br>Acuerdos de desempeños 2024, 2025. Plantilla de incentivos. | |
| 9. Se aplica una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, por ejemplo: funciona una unidad de género, y acciones relacionadas a esta. | En nuestra nómina interna de 1022 personas, de las cuales 668 son sexo femenino, ocupando un alto porcentaje en puestos directivos, no tenemos preferencia ni exclusión por preferencia sexual.<br>Aplicamos acciones relacionadas con la unidad de género, donde inmediatamente la usuaria es captada, realizamos todos los pasos para preservar su vida en acompañamiento psicológico y la línea vida, para su posterior cuidado.<br>Contamos con una unidad de Psiquiatría y Psicología<br>Evidencias:<br>Nómina Femenina /Nomina Gerencial Femenina. Nomina general, Unidad de Psiquiatría y Psicología. | |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| 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. | El hospital realiza anualmente la evaluación del desempeño del personal. En la misma se destacan las fortalezas y debilidades de los colaboradores.<br>Los resultados se comparan con el perfil del puesto y se elaboran los planes de mejoras, que incluyen la capacitación del personal.<br>Se planifican, realizan y miden las actividades de capacitación y formación. Se identifican las capacidades de las personas y se comparan con las necesidades de la organización.<br>Se trabaja el desarrollo profesional desde la Dirección con movilidad de empleados a diferentes áreas del hospital. Identificamos cuales son las proyecciones de carrera que tenemos individual, para esto tomamos en cuenta la capacidad, competencia y evaluación de desempeño para ocupar los puestos.<br>Nuestro centro es un hospital docente donde contamos con docentes en el área de ginecología y obstetricia, medicina familiar, geriatría, cirugía general a nivel de especialidades medico quirúrgicas.<br>También contamos con la rotación de estudiantes de medicina pre interno e interno, al igual que los estudiantes de enfermería, de universidades como UASD, UTESA, UNIBE, INTEC, UNIREMOS, UPHEC.<br>Contamos con el departamento de investigaciones clínicas.<br>Todas estas áreas y docentes fueron identificados por sus competencias y con sus perfiles reestructuramos departamentos que anteriormente no existían y reorganizados de acuerdo a la nueva estructura organizativa.<br>Evidencias:<br>Evaluaciones de desempeño 2024, 2025, plan de capacitación 2024,2025, listado de rotaciones por instituciones, fotos de áreas. | |

| | | |
|---|---|---|
| 2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual. | A los empleados se les realiza inducción con el gerente de área o un empleado asignado, y el personal de Recursos Humanos a través de una presentación de inducción y luego un recorrido por todas las instalaciones para conocer todas las áreas, departamentos y personal del hospital. En la presentación, se da a conocer todo lo concerniente al hospital como la Misión, Visión, Valores y políticas de calidad. También se les anima a agregar valor para el desarrollo de nuestra misión.<br>Esta guía de inducción se les da a todos los empleados de nuevo ingreso.<br>Capacitación sobre equipos, plataformas, procesos, protocolos, manuales y diferentes estancias externas a las cuales reportamos.<br>Evidencias:<br>Inducción personal de Nuevo Ingreso, formulario de inducción, fotos. Listado de capacitaciones. | |
| 3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados. | Nuestros recursos humanos están recopilado en una plataforma simple y dividida por departamentos y grupos de profesionales, donde estandarizamos todos los procesos para cada colaborador. Así podemos administrar y monitorear con precisión el rendimiento de cada empleados.<br>Se promueven los empleados de acuerdo a los conocimientos, competencias y destrezas que estos poseen para el desempeño del puesto.<br>Se realizan movimientos de personal a otras áreas en cargos de mayor liderazgo por medio del desarrollo de sus competencias, esto así motivando al empleado a su crecimiento personal, lo que conlleva a la motivación de los demás empleados.<br>Tenemos colaboradores prestado al SNS en área materno infantil como movilización externa.<br>Evidencias: | |

| | | |
|---|---|---|
| | Nomina en Excel dividida por departamentos y grupos de profesionales. Formulario de promoción de empleados. | |
| 4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales). | Se informa sobre las capacitaciones, educación continua programada y ofertada por los institutos que nos brindan estos servicios. Todo esto con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos y mejorar la calidad del servicio.<br>El departamento de Recursos Humanos realiza los listados de los participantes en acompañamiento de los diferentes encargados departamentales donde esas capacitaciones son obligatorias.<br>Estas actividades son informadas mediante los siguientes medios: murales página web, correo electrónico, grupos de WhatsApp y comunicaciones.<br>Se han implementado Capacitaciones en líneas en algunas áreas de especialidades del hospital. Recibimos la conferencia sobre prevención y manejo de las IAAS online con la participación de otros centros hospitalario, Carta de Compromiso al Ciudadano, socialización de formularios estandarizados por áreas de trabajo, socialización de actas constitutivas de comités hospitalarios,<br>Evidencias:<br>Minutas, Foto de participación al video conferencias y lista de participantes, diploma de formación virtual. Conferencia Online. | |
| 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. | El departamento de Recursos Humanos ha implementado una serie de charlas, talleres, impartido por diferentes instituciones para desarrollar técnicas de comunicación, disminuir los conflictos de interés. Contamos con un Comité destinado para los fines. Taller de enfoque de género y ética ya que somos una institución que cuenta con una nómina alta de género femenino. Contamos con | |

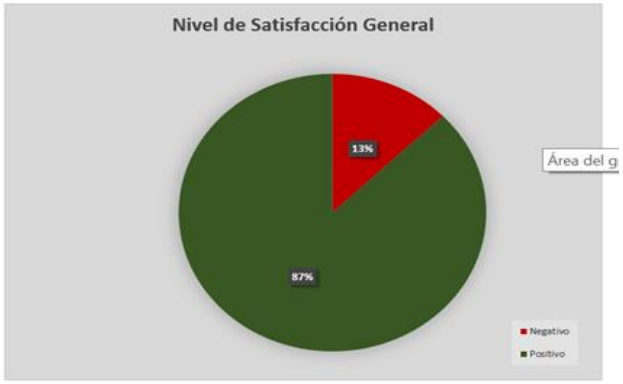
| | | |
|---|---|---|
| | nuestra guía Metodología para Abordajes de riesgos y oportunidades.<br>El departamento de atención al usuario realiza diferentes charlas en acompañamiento de un técnico del área donde se impartirá la charla.<br>Se realiza un cronograma de charlas de acuerdo con fechas establecidas para temas en específico dado por el SNS, pero además el centro dependiendo de la necesidad de la población prepara charlas específicas.<br>El área asistencial también prepara talleres y socializaciones de guías, protocolos, diversidad de género y ética.<br>Evidencias:<br>Reuniones y Comité constituido, guía de metodología para abordaje de riesgos y oportunidades. Cronograma de charlas, listado de participantes, fotos y agendas. | |
| 6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio. | En 2019 y 2021 implementamos la Encuesta de Medición del Clima Laboral con el MAP y la hemos seguido realizando cada 2 años y la última realizada fue en el año 2023. En esta encuesta se evalúa el impacto de los programas de formación, entre las preguntas se incluye si la capacitación está relacionada con el desarrollo profesional del colaborador, si el programa de la institución está alineado con las funciones del colaborador, si aplica la capacitación para mejorar su desempeño en el trabajo, entre otras.<br>Medimos el desempeño del empleado que fue capacitado y vemos si adquirió las competencias necesarias.<br>El personal capacitado debe transmitir o enseñar su conocimiento a los demás colaboradores de su área.<br>Evidencias:<br>Informes encuestas clima laboral 2021 y 2023. | |

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

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| 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. | Tenemos gremios médicos como el CMD, quien tiene un representante en nuestro hospital, representantes de varios sindicatos de enfermeras. Estos representantes tienen igual participación que un empleado en todos los procesos y planes de mejoras. Tenemos un representante de la comunidad que nos enlaza con los comunitarios.<br>Los empleados y sus representantes han sido consultados para la elaboración del Plan Estratégico Institucional 2020-2023, El Plan Operativo Anual, y los planes de mejora, tras la retroalimentación del SNS.<br>Los objetivos y metas son propuestos con el consenso de los colaboradores.<br>Los procesos son diseñados con las sugerencias de los colaboradores y su implementacion también.<br>Evidencias:<br>Fotos, listado de participantes, minutas, fotos de reuniones. | |
| 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. | Hemos realizado encuestas de clima laboral en varios periodos 2017. 2018 y 2019. En el 2020 no la implementamos por la emergencia nacional la de pandemia COCID-19 que vivimos como país.<br>En el 2021 fue realizada por el MAP.<br>En el 2023 el MAP realiza la encuesta de clima laboral donde obtuvimos los siguientes resultados. | No realizamos Encuesta de Clima Laboral en 2024. |

**SATISFACCIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS COLABORADORES:**




**ANÁLISIS DE LOS DATOS EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTA DE CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL.**

**INTERPRETACIÓN DE DATA POR DIMENSIONES:**

*Informe Diagnóstico de Resultados de Encuesta de Clima Organizacional, Hospital General Dr. Vinicio Calventi 2023.*

Evidencias:
Encuestas de clima Laboral 2021 y 2023

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| 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. | Nuestro hospital se preocupa por la seguridad de los empleados. La organización asegura las buenas condiciones de trabajo físicas, donde el departamento de mantenimiento hace una supervisión general para asegurarse que las áreas estén climatizadas, sin ruidos molestos y la iluminación sea adecuada, en fin, verifica que todo esté funcionando correctamente, esto es realizado mediante el seguimiento al plan de mantenimiento de infraestructura y equipo.<br>Aplicamos los protocolos de bioseguridad por medio de un check list y las medidas correctivas en caso de que lo amerite.<br>Acciones organizativas como la duración de jornada y descanso. También Contamos con el departamento de Salud Ocupacional y nos regimos por la Norma ISO 45,000.01 y la del Ministerio de Trabajo Riesgos Laboral.<br>Evidencias:<br>Foto de habitaciones médicas. Protocolos de bioseguridad. Formulario de supervisión de mantenimiento, Medico Asignado a Medicina Ocupacional/ ISO 45001/ Link manejo de Riesgo Laboral | No tenemos el Comité Mixto de Salud y Seguridad en el Trabajo, ni el Manual de Riesgo Laboral Interno |
| 5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados. | Contamos con procesos administrativos que permiten la flexibilidad de horario al colaborador para completar actividades de formación, académicos y/o situaciones personales.<br>Solicitud de vacaciones<br>Solicitudes de cambios de horarios,<br>Solicitudes de permisos<br>licencia sin disfrute de sueldo<br>Permisos por Licencias de Maternidad y/o Paternidad<br>Permisos por nupcias. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Permiso para estudios<br>Evidencias:<br>Licencias y permisos otorgados, reglamento del personal. | |
| 6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad. | En el hospital se fomenta la ayuda a los empleados más desfavorecidos para estudios diagnósticos, pago por servicios médicos prestados, ayuda personal a situaciones emergentes, exoneraciones de cuentas por servicios de salud prestado.<br>En caso de un colaborador enfermo, el personal se distribuye para realizar el trabajo de ese colaborador.<br>El personal con discapacidad se coloca en áreas donde este puede realizar su trabajo, cuidado su integridad física y emocional.<br>Movilización y/o retiro de personal de listado de servicios por enfermedad.<br>Evidencias:<br>Ayuda a Empleados, Exoneraciones, permisos, Carta de movilización de empleado a otras áreas por enfermedad o discapacidad, listados de servicios. | |
| 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. | Realizamos reconocimiento público al personal empoderado, con buen desempeño, donde se le otorgan días libres, día libre por cumpleaños, 2022, 2023, 2024.<br>En navidad se realizan premios a la mejor decoración de los departamentos y en la fiesta de navidad se premian a los empleados por medio de tómbolas.<br>En dias festivos de las enfermeras, Día de las Madres, estas actividades se apoyan con refrigerios, regalos y un ambiente decorado.<br>En el área de residencias médicas, en fechas de graduaciones, apoyamos con brindis, pergaminos, préstamos del salón de reuniones, proyectores, etc.<br>Evidencias: | |

| | | |
|---|---|---|
| | Premiación a nuestros empleados, lista de participación en talleres gratuitos, procedimiento para reparo de incentivos. Foto del día del médico, enfermera, bioanalista, secretarias., fotos de brindis y decoraciones. | |

## 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 |
|---|---|---|
| **Los líderes de la organización:**<br>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.). | Identificamos los grupos de interés que de alguna manera influyen en la organización y con los cuales mantenemos una relación que permite el logro de los objetivos previstos y formaliza acuerdos de prestación de servicios. Forman parte de estos grupos de interés, el Ministerio de Salud Pública, ARS, instituciones académicas, instituciones de servicios de salud, Proveedores de Materiales, suministro y Medicamentos, Servicios Profesionales, Servicios de Mantenimiento de edificaciones y equipos, entre otros.<br>Nuestros socios claves son las ARS, contamos con 18 ARS que prestamos servicios.<br>Promese-Cal, quien nos abastece de medicamentos.<br>Los proveedores de insumo.<br>Voluntarios de las iglesias del sector quienes nos acompañan en oración por los pacientes, y misa en fecha de cumpleaños de la institución.<br>Los bomberos quienes nos acompañan en limpieza externa en el hospital.<br>Evidencias:<br>Alianzas con Universidades, ONG Públicas y Privadas e Inventario de acuerdos realizados en el cual encontraremos los Operativos Médicos, plantillas de | |

| | | |
|---|---|---|
| | actores y análisis de involucrados, lista de actores clave. | |
| 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. | Por medio de las Mesas locales, y organizaciones tenemos acuerdos con instituciones como UNICEF, USAID, PAI, para mantener la cobertura de las vacunas para evitar enfermedades prevenibles.<br>Con la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGETSITSS) del Ministerio de Salud llevamos el Servicio de Atención Integral (SAI). Con el Programa Nacional contra la Tuberculosis (PNCT) el hospital lleva el Programa de Tuberculosis. Con la Dirección General de Epidemiologia (DIGEPI) llevamos a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Mientras que con la Dirección de Salud Ambiental y el Ayuntamiento colaboramos en la deposición de residuos sólidos hospitalarios, y el control de la cloración del agua usada en el hospital.<br>Ayuntamiento, bomberos, entre otras.<br>A nivel educativo contamos con alianzas con la UASD, UTESA, INTEC, INFOTEP, UNIBE, UNPHU<br>Evidencias:<br>Contrato de Basura, Acuerdos y el iimpacto de nuestras alianzas, comunicaciónes de recibimientos de estudiantes de las diferentes universidades, Informe de enseñanza, acuerdos con universidades, comunicaciones de las diferentes universidades con los rotantes, Informes del hospital a los diferentes hospitales docentes, registros de vacuna. | |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | Monitoreamos por medio de indicadores de salud establecidos.<br>Cada departamento regulariza el rol que deben tener cada universidad u hospital de acuerdo a la naturaleza de sus áreas, donde implementa reglas como: horarios, ética, protocolos, guías, etc.<br>Cada grupo universitario cuenta con coordinador docente que se encarga de las rotaciones, los médicos o enfermeras en formación son evaluados mensual ya que las rotaciones tienen periodos cortos desde 2 meses a 3 meses.<br>Los proveedores deben contar con sus empresas reguladas por estado y estar al día con sus impuestos para ser elegidos por nosotros (RNC y DGII).<br>Al final de cada año preparamos una memoria institucional, donde plasmamos los resultados de impacto de todas las alianzas que tenemos<br>Evidencias:<br>Acuerdos, horarios, divisiones por áreas, protocolos, memoria institucional, indicadores de salud. | |
| 4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado. | En la actualidad contamos con las alianzas público-privada como las Universidades (INTEC, UTESA, UASD, UNIBE, UNPHU), del sector Público (PROMESE, Plan de la Presidencia, Ayuntamiento, DIGESSET y escuelas Públicas del sector. Las diferentes alianzas que posee nuestro centro hospitalario son de suma importancia ya que estas nos ayudan a mantener nuestra institución en funcionamiento y mejorar cada día los servicios que ofrecemos.<br>Con los recursos adquiridos a través de la venta de servicios a las ARS podemos implementar mejoras, contratar personal faltante, adquirir insumos y materiales gastables, medicamentos entre otros. Que todos en conjunto nos ayudan a dar un mejor | |

| | | |
|---|---|---|
| | servicio a nuestros usuarios y mantener una mejora continua.<br>Evidencias:<br>Alianzas públicas y privadas. Contratos con ARS, presupuesto. | |
| 5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública. | Se aplica según los parámetros de la ley No. 340-06 de Compra y Contrataciones, que este al día con el pago de la TSS, proveedor del Estado, pago de impuestos, entre otros.<br>Nuestros proveedores están altamente capacitados y poseen la responsabilidad necesaria para formar parte de esta gran familia.<br>Estamos utilizando el Portal Transaccional para las licitaciones de compra y Contrataciones.<br>Evidencias:<br>Links del Portal Transaccional y Ley 340-06: Listado de proveedor con todos sus datos. | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 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. | El Hospital cuenta con un Consejo de Administración que contempla el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas del año 2009, está conformado por el director del centro, un representante de la Red a la que pertenece el Centro, dos representantes de la comunidad organizada, un representante de la municipalidad y dos representantes de los gremios de personal que laboran en el centro. Por medio del centro de atención al usuario se orienta y se le da participación al usuario de los servicios.<br>Contamos con el comité de calidad, grupos focales de la comunidad, en donde damos participación a nuestro personal y a los representantes comunitarios, sus aportes y sugerencia son tomados en cuenta. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Disponemos del departamento de atención al usuario, el cual cuenta con buzones de quejas y sugerencias, ubicados en áreas estratégicas de todo el centro, además contamos con redes sociales y la línea 311, todas estas vías nos ayudan a recibir información importante de nuestros usuarios externos e internos.<br>A través de las encuestas de satisfacción al usuario por medio de la plataforma del SNS, recibimos la valoración de calidad de las atenciones que brinda nuestro centro de salud.<br>Evidencias:<br>Fotos de los buzones de quejas y sugerencias, acta constitutiva del comité de calidad, comité de calidad de los servicios y seguridad del pacientes, listado de participación y minutas de las reuniones de los comités y grupos focales. | |
| 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. | Contamos con una oficina de la OAI, se aplica según la ley No. 200-04, de libre acceso a la información pública. Tenemos un encargado de relaciones públicas que se encarga de socializar el funcionamiento, actividades, logros en los medios de comunicación internos y externos. Por medio del cual todas las informaciones son expuestas a todos los grupos de interés. Dentro de la institución utilizamos comunicaciones, chats, murales, medios audiovisuales. El personal de salud también brinda en cada contacto con el usuario y sus familiares informaciones oportunas sobre la condición de salud, como recuperarla y como prevenir problemas de salud y disfrutar de un estilo de vida saludable.<br>Todas las áreas remodeladas están debidamente señalizadas, la cartera de servicios se encuentra disponible y colocada en áreas visibles del hospital.<br>Contamos con marcos de deberes y derechos publicados en todas las áreas de producción de servicios. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Trabajamos con la OPTIC para fortalecer nuestro portal, con la DIGEIP todo lo concerniente a Ética y Transparencia<br>Evidencias:<br>Ccomunicaciones, plan de comunicaciones y redes sociales, fotos de actividades, foto cartera de servicios, notas de prensa, formularios de encuestas de satisfacción. Fotos de deberes y derechos, pagina WEB. | |
| 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. | Nuestra institución a través de la planificación operativa desarrolla una gestión eficaz de acuerdo a la demanda de los usuarios.<br>Contamos con Cartera de servicios actualizada en nuestra página WEB y OAI, esta cuenta con las informaciones sobre los servicios que brindamos y sus horarios. Esta se actualiza mensual.<br>Contamos con nuestra segunda versión de la Carta Compromiso al Ciudadano, donde comprometemos la consulta, emergencia, internamiento e imágenes con los atributos de amabilidad, fiabilidad, profesionalismo en 85%, y el área de imágenes con un tiempo de respuesta de 3 dias laborables.<br>Evidencias:<br>Fotos, listados de participantes, informe de evaluación del MAP del seguimiento de la Carta Compromiso al Ciudadano. Brochure de CCC, Fotos de la cartera de servicios en nuestra página WEB y redes sociales, políticas de calidad | No tenemos el brochure de la Carta Compromiso al Ciudadano 2024-2026, actualizado. |

**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. | En nuestro POA se alinean los objetivos estratégicos, metas e indicadores con el presupuesto para poner y mantener la organización en movimiento brindando servicios de calidad con eficiencia y eficacia.<br>El presupuesto y los recursos humanos son los principales medios para la dirección y control de la organización.<br>Se mantienen un control total de las finanzas garantizando así los recursos necesarios para la realización de actividades estratégicas. Se trabaja minimizando el gasto, esto de acuerdo a los objetivos estratégicos.<br>Evidencias:<br>Plan estratégico y matriz POA 2024, 2025, Cuadro de Mando Integral, Presupuesto Anual. | |
| 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. | Se planifica de manera anual, para luego programar de manera mensual los consumos realizados. En nuestra plantilla de Excel en el cual se plasma nuestro POA, está plasmado el presupuesto por proyectos y actividades.<br>Mediante la planificación se establecen los mecanismos de monitoreo y evaluación para un control efectivo y poder detectar deviaciones que se producen en lo proyectado. En este presupuesto se planifican los posibles gastos de los diferentes departamentos que componen el hospital estos son analizados y se van cumpliendo según el orden de prioridad.<br>Para mantener la sustentabilidad del hospital, se han tomado algunas iniciativas en el área de facturación para evitar el escape y asegurar el retorno de la inversión por los servicios prestados, como son: diferentes áreas de facturación donde prestamos los servicios.<br>Hemos trabajado con los tiempos de espera, personal para orientar a los ciudadanos, medios | |

| | | |
|---|---|---|
| | audiovisuales informativos de nuestros servicios ofertados.<br>Con relación a las ARS contamos con estructuras y procesos de auditorías médicas de concurrencia y de Cuentas, que buscan monitorear y mejorar la calidad de la atención y la reducción de las glosas en los procesos de los servicios prestados, en general contamos con 18 ARS en la actualidad.<br>Evidencias:<br>POA presupuesto, reporte de facturación, reporte de auditorías de cuentas médicas, reporte financiero, reportes e informes costos. Contratos con ARS. | |
| 3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros. | Por medio el POAI integramos los objetivos financieros y no financieros. . En el Plan Estratégico se plasman las iniciativas estratégicas y proyectos a ejecutar. De nuestros planes se desprende un plan de compras, un plan de inversiones y todo se ajusta con el presupuesto institucional, el cual se elabora anual.<br>Nuestra institución por medio de la socialización hemos avanzado en lo que se refiere al plan estratégico, análisis FODA, portal de transparencia.<br>Para realizar estos análisis de riesgo y oportunidades se revisan los informes financieros trimestrales e informes anuales históricos, y a través de hojas de cálculos. Estos informes son supervisados por medios de auditorías del Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de salud.<br>Los resultados nos ayudan a identificar las oportunidades de mejoras en términos financieros de cómo seguir aumentando y captando recursos para el buen funcionamiento del hospital.<br>Evidencias:<br>Plan estratégico, Informes financieros trimestral y anual, informes de auditoría. | |

| | | |
|---|---|---|
| 4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible. | Para asegurar la transparencia financiera y presupuestaria se realizan varias acciones como son: las del presupuesto participativo, en conjunto con el Servicio Regional de Salud Metropolitano y departamentos del hospital. Contamos con un auditor de la Contraloría Nacional, quien evalúa todas las transacciones realizadas por la institución acorde a lo establecido por la ley.<br>Tenemos una OAI con su representante quien se encarga de tramitar las informaciones solicitadas por los ciudadanos y colocar las informaciones entregadas en el portal de transparencia.<br>La creación de un Comité de Compras integrado por la dirección, el departamento administrativo y financiero, encargado de compra, departamento legal, departamento de planificación, calidad y desarrollo, quienes se reúnen para decidir sobre todo los concerniente selección de proveedores, compras y pagos. En cuanto a este tema nos regimos por la ley 340 -06 de compras y contrataciones. Cumpliendo con todos los requisitos legales de nuestro país. Se asegura mediante el correcto uso de los recursos financieros.<br>El departamento administrativo mensual y trimestralmente envía estos informes al Servicio Nacional de Salud y Servicio de Salud Metropolitano, con la finalidad de asegurar la transparencia con la que los recursos son utilizados.<br>Evidencias:<br>Portal de transparencia, informes financieros, plan de mejora financiero, Matriz de informe trimestral, informes de auditoría,minutas de reuniones comité de compras, acta constitutiva comité de compras. | |
| 5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables. | Cada mes reportamos por medio del formulario 67A, 72A, nuestra producción hospitalaria. También cada departamento por medio de informe de instrumentos estandarizados por el SNS, realiza sus | |

| | | |
|---|---|---|
| | reportes acorde a lo planificado mensual, trimestral, semestral o anual de sus estadísticas en base a los indicadores de cada área, por medio de la plataforma Intranet del SNS Y estos datos son puesto al público a través de la página del repositorio del SNS.<br>Evidencias:<br>Formularios el 67A, 72A, 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 plan de capacitación en el cual se proporciona capacitación para el personal de forma presencial y virtual con diferentes organizaciones, el cual incluye ciertos cursos para desarrollar las competencias con relación a las tecnologías. Además talleres y socializaciones de Guías y protocolos de actuación en las áreas médicas.<br>Contamos con nuestra matriz de levantamiento de procesos y procedimientos identificados desde el 2019, en el 2021 y 2022 realizamos la actualización de algunos procesos y procedimientos misionales.<br>Plan de capacitación 2024 y 2025<br>Evidencias:<br>Matriz de procesos, foto y listados de las capacitaciones y plan de capacitación del personal 2024 Y 2025, certificados. | |
| 2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada. | Las informaciones externas que el hospital considera de interés son recopiladas, analizadas, procesadas y utilizadas por las áreas correspondientes para mejora de la calidad de nuestros servicios. Estas informaciones son utilizadas para la formulación de los planes estratégicos, informes semestrales.<br>Nuestro Plan Estratégico, utiliza las informaciones demográficas y estadísticas correspondientes al | |

| | | |
|---|---|---|
| | municipio, región y área de salud, además, somos parte del sistema de vigilancia epidemiológica del país, por lo que es de suma importancia las Informaciones epidemiológicas que se producen en nuestro país y el mundo.<br>Cada encargado se mantiene recopilando informaciones actualizadas relacionadas con nuevos procedimientos y tratamientos que han sido científicamente probados y se implementan en el hospital.<br>Evidencias:<br>Reportes estadísticos y de monitoreo del centro, instrumentos de recolección de información, informes, plan estratégico institucional. | |
| 3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales. | Hemos mejorado el sistema de servidores del centro, contamos con una unidad de tecnología quienes se encargan de mantenernos a la vanguardia, con lo cual podemos garantizar el almacenamiento de información.<br>También se hicieron mejoras sustanciales en la red wifi del establecimiento.<br>Hemos sido beneficiado con capacitaciones nacionales e internacionales, así como de reuniones vía online con diferentes instituciones sobre manejo de las TICs en los centros de salud.<br>Evidencias:<br>Fotos, certificados, listado de participantes. | |
| 4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos. | Contamos con Wifi, las redes sociales, sistemas de Datos Abiertos, salón de conferencias y diferentes plataformas por las cuales somos capacitados como son, ZOOM, GOOGLE Y MEET, etc.<br>Evidencias:<br>Wifi, listado de participantes, seguimiento a las redes sociales, ZOOM, GOOGLE y MEET, fotos de capacitaciones | , |

| | | |
|---|---|---|
| 5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad. | Cada encargado departamental monitorea las informaciones y las capacitaciones referentes a sus áreas, para el cumplimiento de estas a través de Internet, las redes sociales, sistemas de Datos abiertos y salón de conferencias, donde se Involucran a todos los colaboradores.<br>La división de planificación y las secciones de monitoreo y evaluación y calidad monitorean trimestralmente la información y el Conocimiento de la organización asegurando que se cumplan los planes de mejora, la calidad del dato de la información de la producción de servicios, También Epidemiologia y Estadística cruzan datos sobre nacimientos y otras estadísticas vitales para garantizar la calidad del dato.<br>Nuestro sistema informático para almacenar y controlar todas las informaciones del HDVC utiliza carpetas aseguradas en servidores y backups.<br>Evidencias:<br>Reporte de monitoreo trimestral, Carpetas con backups. | |
| 6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes. | Contamos con correos institucionales a través de los cuales se remiten las informaciones a los distintos departamentos, tenemos un grupos de WhatsApp general y por departamentos, así como también murales informativos donde se publican las Informaciones generales de la institución.<br>Evidencias:<br>Correos Institucionales, Grupo de WhatsApp, Murales Informativos. | |
| 7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización. | Contamos con diferentes redes sociales que nos permiten el intercambio de información con | |

| | | |
|---|---|---|
| | diferentes grupos de interés. Utilizamos la plataforma de ZOOM, GOOGLE, MEET Y otras para transferencia de conocimientos al personal.<br>Diseñamos estrategias y herramientas a favor de la gestión eficiente de la información y el conocimiento.<br>Evidencias:<br>Listado de participantes, redes sociales, carpetas compartidas. | |
| 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. | A través del portal web del HDVC en la sección de transparencia, se publican todas las informaciones relevantes del centro, para uso de toda la sociedad y ciudadanos (as) que requieran estas. De igual forma se encuentra la carta compromiso al ciudadano, la cual explica de manera explícita todos los procesos, servicios.<br>Contamos con diferentes redes sociales que nos permiten el intercambio de información con diferentes grupos de interés.<br>Evidencias:<br>Portal Web, Carta Compromiso al Ciudadano, 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. | Todas las informaciones, conocimientos generados dentro de la institución son documentadas y almacenadas dentro de las carpetas compartidas; se realizan procedimientos, políticas, descripciones de puesto, manuales, instructivos y documentos esenciales para el manejo y funcionamiento del área, de forma estandarizada y accesible en dado caso de que haya una rotación de personal.<br>Realizamos presentaciones informando sobre el desempeño del hospital a los grupos de interés externos e internos.<br>De igual manera las informaciones relevantes del hospital son presentadas en nuestra página | |

| | | |
|---|---|---|
| | Web y redes sociales.<br>El departamento de Recursos Humanos consta con un archivo con toda la información pertinente a los empleados, así como también el departamento de salud ocupacional.<br>Evidencias:<br>Carpetas compartidas, pagina Web, 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. | Nuestra institución en la gestión de tecnología tiene como objetivo proveer a los usuarios (internos y externos) los servicios relacionados con sistemas y tecnología, que faciliten el registro, tabulación y análisis de las informaciones, garantizando datos en tiempo real, confiables, veraces y oportunos para la toma de decisiones. En general las áreas cuentan con equipos de computadoras para la realización del trabajo e información oportuna a nuestros ciudadanos. La gestión de la tecnología está siendo trabajada de acuerdo a las normativas establecidas por los diferentes estamentos que rigen la institución en este sentido.<br>La Sección de tecnología dispone de manual de puestos y funciones, así como políticas, procesos, procedimientos y manuales de operación, que sirven para el desarrollo de la gestión de las Tics.<br>Como parte de esta política, nuestro centro ha diseñado un sistema de gestión de documentos del POA, donde se le da seguimiento al cumplimiento de los objetivos trazados para cada gerencia. Sistemas como el INFOLAB, y el Intranet, son algunos de los softwares de mayor importancia para la gestión efectiva del centro de acuerdo a las estrategias, que | |

| | | |
|---|---|---|
| | dan respuesta a los objetivos e indicadores<br>Evidencias:<br>Normas de la OPTIC, POA de Tecnología, Plan Estratégico y Manuales, registros INFOLAB, intranet. | |
| 2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto. | Monitoreamos el sistema de tecnología de la institución y realizamos en al año 2022, 2024, el estudio de rentabilidad de las tecnologías dando como resultado.<br>Mejoras en planeación, control y uso de los recursos.<br>Suministro oportuno de insumos para las operaciones.<br>Cumplimiento de requerimientos gubernamentales ya que se pueden realizar desde el mismo centro sin tener que usar medios de transporte y simplificación de trámites burocráticos.<br>Disponibilidad de información apropiada al instante, reduce el uso de papel.<br>Aumento de la confiabilidad de la información<br>Mejor servicio al cliente externo e interno<br>Logro de ventajas competitivas, etc.<br>Evidencias:<br>Informe de rentabilidad de las tecnologías y su impacto en la institución. | |
| 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.). | Contamos con los equipos tecnológicos.<br>En el área médica contamos con nuevas tecnologías:<br>Servidores de última generación.<br>Mamógrafo.<br>Ecocardiógrafo.<br>Tomógrafo.<br>Endoscopio.<br>Torre de Laparoscopia.<br>Equipos de Rayos X portátiles.<br>Equipos laboratorio clínico.<br>Para cumplir con las políticas de datos abiertos, nos hemos certificado en las siguientes Normas | |

| | | |
|---|---|---|
| | de la OPTIC, NORTIC A2 y A3.<br>Evidencias:<br>Equipos tecnológicos, Certificados NORTIC A2 y A3, fotos equipos. | |
| 4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación. | Hemos implementado diferentes sistemas para eficientizar los servicios desde la unidad de tecnología de la información se han desarrollado aplicaciones y herramientas que permiten la colaboración y participación de todos los colaboradores y ciudadanos<br>La tecnología en el área de educación continua y capacitación nos permite mantener las redes internas y externas del hospital ya que contamos con residencias médicas y nos permite Interrelacionarnos con otros hospitales y unidades de videoconferencia, así mismo en nuestra red interna los empleados utilizan estos sistemas para la realización de actividades formativas.<br>Evidencias:<br>Reuniones virtuales, redes sociales, grupos de WhatsApp, sistema de gestion administrativa. | |
| 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. | Contamos con una infraestructura que consta con dos salones de reuniones, un salón de clases, y nuestras oficinas administrativas cuentan con las TIC. Utilizamos las TIC para brindar información a los usuarios sobre la cartera de servicios que ofertamos, horarios de atención, programación de citas.<br>Estamos trabajando en diferentes sistemas informáticos no solo para trabajar Gestión por Procesos sino Gestión por Resultados.<br>la existencia de medios informativos, para cubrir las necesidades de los grupos de interés (externos). Garantizando el acceso a la información; a través de las siguientes vías: Correo Electrónico Institucional. Circulares Internas. Creación de Cuentas de Redes Sociales. Portal Web. Intranet. | |

| | | |
|---|---|---|
| | SGC ( Sistema de Gestión Clínica y Administrativo )<br>Áreas Implementadas :<br>- Oficina de Atención al usuario<br>- Atención al usuario ( 1er y 2do nivel ).<br>- Emergencias<br>- Hospitalización<br>- Tesorería ( Caja )<br>- Trabajo Social<br>- Archivo<br>Evidencias:<br>Módulos Informáticos, Redes Sociales, Murales, Correos Electrónicos, SIGMA, Procedimiento de etc | |
| 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. | Contamos con un cuarto de Data, seguridad para los apagones. A nivel de equipos informáticos contamos con PC con procesadores 15 e 17 Intel, monitores de 17 pulgadas UPS de 500 VA y 1000 VA.<br>El cuarto de data vela por generar una administración de recursos, identificación de riesgos y fidelización del ciudadano.<br>Evidencias:<br>Fotos Procedimiento de backup, Normas NORTICS | |
| 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. | Tomamos en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las Tics, por eso promovemos el correcto manejo y la eliminación correcta del reciclaje, la eliminación correcta de los tóneres, papel y otros.<br>Campaña de sensibilización de protección al medio ambiente: envío de mensajes por correo electrónico y en las redes sociales, recordatorios sobre ahorro de energía recordando apagar los equipos informáticos.<br>Evidencias:<br>Manuales y protocolos, redes sociales, | |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | Garantizamos la disponibilidad y el uso racional de productos de calidad por medio del SUGEMI y priorizamos por medio de este los programas de control de enfermedades como VIH, Tuberculosis, Malaria, PAI.<br>Brindamos servicios por medio del COIN, programa de TB, VIH-TB.<br>Evidencias:<br>SUGEMI, fotos de los departamentos y reportes de producción. | |

**SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.**

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 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). | Hacemos uso eficiente de las instalaciones físicas distribuyéndola de acuerdo a las necesidades y expectativas de nuestros colaboradores.<br>Se realiza un calendario de mantenimiento de equipos y se le da cumplimiento con la finalidad de que se mantengan en funcionamiento y alargar su vida útil.<br>Estamos en el proceso de remodelación de hospital por el MIVED, se contempló las necesidades físicas y de limitaciones, tenemos rampas y ascensores. Existen contratos de mantenimiento firmados con los suplidores, se racionalizan los combustibles y | |

| | | |
|---|---|---|
| | oxígeno, tenemos un área para desechos y materiales tóxicos.<br>El hospital posee parqueos por áreas como son: parqueo administrativo, de emergencia, de consulta y señalizado para discapacitados y embarazadas.<br>Algunas áreas han sido reestructuradas adaptándola a la mejora operacional y por ende ofrecer un mejor servicio. Las instalaciones son evaluadas por los usuarios por medio de encuestas.<br>El hospital cuenta con la división de Mantenimiento responsable del seguimiento del plan general de mantenimiento del Hospital.<br>Es esta división, contamos con el personal operativo para garantizar el mantenimiento de equipos, mobiliario e infraestructura, quienes brindan servicios 24 horas.<br>Evidencias:<br>Plan de Mantenimiento Preventivo, informes y reportes de mantenimiento, planos. | |
| 2. Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes. | Nuestro hospital cuenta con tres edificios, consultas, administrativo, emergencias e internamiento y áreas comunes. Contamos con el departamento de mantenimiento quien se encarga por medio de la distribución de su personal mantener nuestras áreas higienizadas de forma eficiente y sostenible por medio del despacho de materiales para estos fines por medio del seguimiento al plan de mantenimiento. Se realizan supervisiones diarias de instalaciones y equipos con la finalidad de asegurar un correcto funcionamiento de las mismas. Tenemos un plan de mantenimiento de la infraestructura. Contamos con un formulario de monitoreo higiene y mantenimiento donde se hacen supervisión de tinacos, tanques, grifo, tuberías, medición de cloración de agua, limpieza, pintura, iluminación, puertas, cerraduras ventanas, camas, equipos plagas, aire acondicionado por departamentos, | |

| | | |
|---|---|---|
| | plomería, planta eléctrica, aceite voltaje y horas, de cisterna, basura. Estas supervisiones se hacen con la finalidad de mantener en óptimas condiciones todo lo concernientes a los servicios generales.<br>Actualmente tenemos algunas áreas intervenidas por remozamiento a cargo del MIVED.<br>Evidencias:<br>Seguimiento al plan de mantenimiento, informe de la infraestructura de MIVED, planos. | |
| 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. | Contamos con la sección de activo fijo quien se encarga de asegurar una gestión efectiva de equipos, mobiliarios, etc.<br>El departamento de mantenimiento que por medio de su plan preventivo permite que el ciclo de vida de la infraestructura se mantenga sin poner en peligro la estructura física como el personal y usuarios. Plan de mantenimiento de equipos que nos permite que el tiempo de utilidad sea mucho más.<br>Tenemos contrato con AIDSA para la eliminación de los residuos biológicos.<br>Evidencias:<br>Reportes de activo fijo, seguimiento al plan de mantenimiento de infraestructura y equipos, contrato con AIDSA.. | |
| 4.Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local). | Contamos con dos salones de reuniones, salón de enseñanzas, los cuales son utilizados por las diferentes universidades, institutos tecnológicos, reuniones del CMD, reuniones con comunitarios. El centro ha puesto a disposición las instalaciones a la comunidad, dando servicios a todos, indistintos de raza, color, nivel social.<br>Exoneraciones de pagos a pacientes que han visitado el centro.<br>Realizamos jornadas médicas, donde los servicios se trasladan a los sectores de esta comunidad para brindarles estos de forma gratuita | |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencias:<br>Fotos de reuniones, jornadas medicas.. | |
| 5.Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos. | La energía es un recurso indispensable para la realización de nuestra labor diaria, por tal motivo se le presta especial atención realizando las siguientes tareas: apagando equipos y bombillas fuera de uso, mantenimiento de redes y cableados, supervisión de las instalaciones de acuerdo al plan de mantenimiento, entre otras.<br>Horario de apagado de las computadoras de consulta.<br>Evidencias:<br>Comunicaciones al personal sobre las medidas a tomar en el consumo energético. | |
| 6.Garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los pacientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público). | Contamos con varias áreas de parqueos señalizados e iluminados, distribuidos para las diferentes áreas como son: parqueos para áreas administrativas, médicos, usuarios, ambulancias y taxistas.<br>Contamos con parqueos inclusivos para las diferentes discapacidades, cercano a las entradas principales del centro.<br>Tenemos rampas en la entrada del edificio de consulta, emergencias, área de carga y descarga y edificio administrativo.<br>En todas las aéreas tenemos sillas de ruedas.<br>Estamos ubicados en una vía principal, por lo que contamos con diferentes rutas de guaguas y carros públicos que permiten a nuestros usuarios un fácil acceso al centro.<br>Contamos con un servicio de Amet en la entrada a nuestras instalaciones para un acceso más fluido, ya que estamos en una avenida principal.<br>Evidencias:<br>Fotos de los parqueos y rampas, foto de rutas de guaguas, transporte público y privado | |

| | | |
|---|---|---|
| 7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres. | Tenemos el comité de emergencias y desastre conformado desde hace varios años. En este año fue actualizado el plan de gestión de riesgos, activación del comité<br>Hemos capacitado al personal en simulacro de evacuación, uso correcto de los extinguidores.<br>Contamos con Salud Ocupacional, Calidad en la Gestión y encargado de Emergencias y Desastres que se activa, en temporadas especifica como son: semana santa, fenómenos meteorológicos, Navidad y cualquier activación por las autoridades del COE y SNS.<br>Evidencias:<br>Acta constitutiva del comité de emergencias y desastres y su plan actualizado. | |
| 8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros) | Disponemos de un plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Infraestructura y Mobiliario, del cual enviamos informes trimestrales al SRSM, por medio del POA.<br>A este plan le damos seguimiento de cerca para el correcto funcionamiento de las áreas y mobiliario.<br>Este plan y su seguimiento también lo enviamos trimestralmente al Sismap Salud.<br>Evidencias:<br>Plan de Mantenimiento Preventivo 2024 Y 2025, reportes de seguimiento. | |
| 9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra). | Con la nueva Estructura Organizativa, contamos con la sesión de Activo Fijo, quien se encarga de realizar y actualizar el inventario de bienes.<br>Este inventario se reporta trimestral al SRSM por medio del POA.<br>Evidencias:<br>Estructura Organizativa, reporte de inventario de bienes. | |

| | | |
|---|---|---|
| 10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios. | Contamos con programa de gestión de desechos y la ruta de evacuación de desechos hospitalarios. El departamento de bioseguridad se encarga del monitoreo y supervisión del cumplimiento de este protocolo. Mensualmente realizamos el levantamiento con formularios estandarizados por el SNS, para el correcto manejo de los desechos sólidos.<br>Contamos con depósito para los desechos sólidos en buen estado y una compañía para la recolección y deposición final de los desechos infecciosos y la recolección de los desechos comunes por el ayuntamiento.<br>Contamos con el comité de Desechos.<br>Evidencias:<br>Fotos de la ruta de evacuación, foto del depósito de desechos sólidos, factura de pago a la compañía recolectora de los desechos infecciosos. | No contamos con el comité Ambiental de Higiene y Desechos Hospitalarios. |

**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 |
|---|---|---|
| **La organización:**<br>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. | Tenemos definidos todos los procesos y procedimientos especialmente los procesos clave que añaden valor al servicio brindado y que inciden directamente en la satisfacción de los usuarios.<br>La institución cuenta con Mapa de Procesos donde se esquematizan claramente los procesos que llevamos a cabo, entre los que podemos mencionar: Procesos Estratégicos, Procesos Misionales o Nucleares y los Procesos de Apoyo a la Gestión Clínica y la Gestión Administrativa.<br>Contamos con el Manual de Procedimientos, Manual de organización y Funciones Institucional, las Guías | |

| | | |
|---|---|---|
| | Clínicas, Protocolos de Atención y Reglamentos Técnicos, los cuales contienen los procesos de la Gestión Clínica y Gestión Administrativa Financiera.<br>Cada proceso tiene identificado a sus responsables para garantizar la ejecución de estos. Para asegurar que los procesos ejecutados se realicen de manera eficiente y con calidad cada gerente de área es responsable de los procesos bajo su responsabilidad<br>Evidencias:<br>Mapa de ProcesoS, Organigrama, formulario de levantamiento de información, manual de procedimientos, protocolos, guías, normas, carpetas compartidas. | |
| 2. Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente. | Nuestros procesos claves fueron actualizados acorde con las necesidades y simplificados para mejores resultados de nuestros objetivos y mejoras de la calidad de nuestros servicios y a la vez subir el estándar de satisfacción de nuestros usuarios. Los procesos claves están documentados en el formato actual estandarizado por el MAP.<br>Tenemos la Estructura Organizativa aprobada por MAP, al igual que nuestro Manual de Funciones, para garantizar una gestión ágil y eficiente<br>Evidencias:<br>Procesos y procedimientos claves documentados, carpetas compartidas | |
| 3. Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado. | Con el propósito de satisfacer a los usuarios y familiares, realizamos evaluaciones que nos ayudan a modificar los procesos para mejorar las atenciones.<br>Instalación de más áreas de facturación para evitar el aglomeramiento.<br>Atención a las y los adolescentes en una unidad climatizada que permite su privacidad.<br>Facturación en diferentes áreas para simplificación de trámites. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Farmacia en el área de emergencia para el manejo oportuno de medicamento y enfermería.<br>Rotación de residentes de los diferentes hospitales, los cuales colaboran en el manejo de las patologías y atenciones de usuarios lo que conlleva a un manejo oportuno de las patologías.<br>Instalación de software SIGMA para optimizar los procesos administrativos.<br>Evidencias:<br>Fotos del área de facturación, farmacia de emergencia funcionando con el nuevo software, listado de médicos residentes rotantes, computadoras en las diferentes áreas. | |
| 4. Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos. | Los procesos están debidamente identificados en el mapa de procesos, en los protocolos de atención, manual de procedimientos y manuales de bioseguridad en las diferentes áreas.<br>Para asegurar que los procesos ejecutados se realicen de manera eficiente y con calidad cada encargado de área es responsable de los procesos bajo su responsabilidad. De manera rutinaria, el Hospital monitorea y evalúa sus procesos, por el departamento de monitoreo y evaluación y el departamento de calidad de los servicios, por ejemplo, el censo diario es un indicador de procesos que medimos diariamente para ver la disponibilidad del recurso cama hospitalaria, el día cama disponible y día cama ocupada, son también usados para medir procesos, el porcentaje ocupacional y los días de estancia son otros indicadores para monitorear y evaluar nuestros procesos. Mensualmente estos indicadores se reportan para su monitoreo en el Formulario 67-A. Utilizamos otros indicadores como la presión de urgencias, rendimiento de consulta externa y rendimiento del quirófano para monitorear la eficiencia de nuestros procesos de atención. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencias:<br>Manual de Procedimientos, Protocolos de Atención, manuales internos, 67A. | |
| 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.). | Contamos con indicadores de resultados como son : el POA, Tablero de Mando, Sala Situacional Materno-Infantil, Sala Neonatal, Mediciones de los Atributos de Calidad, Plantilla de Indicadores de Calidad, Índice de Seguridad de Emergencias, Satisfacción al Usuario.<br>Otros indicadores que se monitorean son los relacionados a la Cartera de Servicios, Carta Compromiso al Ciudadano y la Gestión Productiva de Servicios.<br>Realizamos los acuerdos de desempeño anualmente y esos son avalados por el SNS y MAP.<br>Evidencias:<br>Sala situacional, Tablero de Mando, Plantilla de Indicadores de Calidad, índice de seguridad de emergencias, Carera de Servicios, Acuerdos de Desempeño. | |
| 6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros. | Nuestra Cartera de Servicios esta publicada en nuestra página Web, redes sociales Y murales.<br>Contamos con el plan de control epidemiológico por medio del cual se vigila, reporta las enfermedades infectocontagiosas y las de control epidemiológico y de reporte oportuno, por medio del formulario EPI 1,<br>Todos los protocolos, manuales y guías son socializados en las diferentes áreas afines a su contenido.<br>Tenemos nuestros manuales internos de Bioseguridad.<br>Somos un hospital de referencia nacional ya que somos general.<br>Evidencias: | |

| | | |
|---|---|---|
| | Cartera de servicios, Plan de Control Epidemiológico, protocolos y manuales, EPI 1. Plantilla de referencia y contrareferencia. | |
| 7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red. | Nuestra habilitación provisional es hasta el mes de julio 2025, ya depositamos toda la documentación reglamentaria en el SRSM, ya que este año el proceso fue mediante nuestra regional, para la renovación de la certificación de habilitación. Recibimos la comisión de habilitación donde inspecciono nuestras instalaciones y entrevistas al personal, estamos en espera del informe de retroalimentación o el certificado de habilitación.<br>Evidencias:<br>Certificación de habilitación provisional 2025, recibo de depósito de documentos en ventanilla única. | Nuestra habilitación vence en julio 2025. |

**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. | La participación de los ciudadanos y 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 y Departamento de Calidad.<br>Tanto el Ministerio de Salud como el Servicio Nacional de Salud, el MAP, UNICEF y otros grupos de interés, realizan encuestas y dan seguimiento al diseño de procesos y el desarrollo de estándares de calidad.<br>Realizamos el monitoreo de procesos para la evaluación de la iniciativa: hospital que atiende con calidad a la madre y al niño. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Realizamos encuestas de satisfacción de usuarios y familiares para conocer sus opiniones sobre los procesos del hospital y escuchamos sus sugerencias de mejora.<br>El hospital dispone de buzones de quejas y sugerencias donde se recogen las opiniones de los ciudadanos clientes, pero son insuficientes.<br>Realizamos encuesta de clima laboral para identificar las áreas que debemos mejorar.<br> <br>Mensualmente el hospital recoge las opiniones de los usuarios y grupos de interés y utiliza la información para la mejora de los productos y servicios. Después de estas reuniones, se definen las prioridades, se diseñan mejoras y se incluyen en nuestro plan de mejoras.<br>Evidencias:<br>Encuesta de clima laboral, encuestas de satisfacción de usuarios, actas de reuniones, fotos, acuerdos, procesos mejorados, Informes de retroalimentación del SNS, Informes de los buzones. | |
| 2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización. | Las políticas de gestión de compra se determina el ciclo de vida de los productos y se determina su disposición final luego de ser utilizado. Gestionamos su ciclo de vida desde el ingreso de un usuario al | |

| | | |
|---|---|---|
| | hospital hasta que sale del mismo, reutilizando las informaciones que ya contenemos del usuario y su expediente.<br>Evidencias: AIDSA, políticas de compra y expedientes. | |
| 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, tablones de anuncios en Braille y audio), otros. | La cartera de servicios actualizada es cargada mensualmente en la página web del centro.<br>También se encuentra visible en áreas del hospital para ser difundida a los clientes.<br>El horario de servicios, desde la apertura se encuentra disponible en los brochures, pagina web y en las áreas del hospital (consultas externas 8:00am-6:00pm, emergencias 24 horas y hospitalización 24 horas, Carta Compromiso al Ciudadano.<br>Desde el portal transparencia el hospital mantiene actualizada las informaciones relevantes: Estadísticas, Compras, y Nominas. Mediante las redes sociales son publicadas la apertura de nuevos servicios y los horarios.<br>Contamos con múltiples instrumentos para difundir las informaciones relevantes de nuestro centro.<br>Tenemos número de WhatsApp para citas.<br>Evidencias:<br>Página WEB, redes sociales, Cartera de Servicios, Carta Compromiso al Ciudadano. | |

**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. | La Estructura Organizativa y el Mapa de Procesos están integrados a lo interno. Nuestros Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo coordinan con diversas instituciones con los cuales hemos unido procesos con diferentes socios claves como, por ejemplo:: | |

| | | |
|---|---|---|
| | -El SNS y el SRSM todo el desarrollo gerencial para la prestación de servicios, así como el monitoreo y Evaluación de programas, planes y proyectos.<br>-Con el MAP y el INAP, lo relativo a la gestión humana, la capacitación y la calidad institucional.<br>-Ministerio de Salud para la vigilancia epidemiológica, reporte de estadísticas vitales, indicadores de calidad del VMGC, evaluación de la gestión medioambiental.<br>-Junta Central Electoral para la declaración de los neonatos<br>-Compras y Contrataciones Públicas o relativo al proceso transparente de compras y contrataciones y el portal de compras.<br>-Contraloría el proceso de la gestión financiera.<br>-DIGEIG todo lo relativo a la ética e integridad de la gestión.<br>-Tenemos procesos con universidades, proveedores de insumos, institutos, organizaciones comunitarias. 18 ARS, Promese, universidades, Operación Sonrisa, Cruz Roja, Hemocentro, bomberos de los alcarrizos.<br>Evidencias:<br>Informes y reportes, Contratos ARS, Acuerdos y convenios con Instituciones Privadas y Públicas, rotación de estudiantes de medicina de las Universidades, Jornadas de cirugías. | |
| 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. | Participamos en un sistema compartido en la prestación de servicios e intercambio de datos con diferentes instituciones públicas a través de las siguientes plataformas:<br>SIGEF: unido con el Sistema de Nomina;<br>en el cual se trabaja la programación, el libramiento y el ordenamiento de los pagos. Este está conectado con la contraloría.<br>DIGEPI: se registran los informes y reportes epidemiológicos. | |

| | | |
|---|---|---|
| | DIES (MISPA): se reportan todos los nacimientos y defunciones.<br>Sistema de Reclamación Laboral.<br>SUGEMI: sistema único de gestión de medicamentos e insumos.<br>INFOLAB: gestión operativa de laboratorio.<br>Evidencias:<br>Fotos de las plataformas, compras y contrataciones, EPI 1 y 2, 67a. | |
| 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. | Coordinamos acciones con la gerencia de área del SRSM, con el mismo SRSM y con el SNS para Solucionar problemas o tratar sobre referencias y contrareferencias de pacientes.<br>Tenemos grupos de WhatsApp para resolver los problemas de dirección, planificación, calidad de servicios, referencias y contrareferencias, emergencias y desastres entre otros.<br>Contamos con 18 ARS contratadas con las cuales nos mantenemos en un constante trabajo para solucionar problemas de sus afiliados en sus diferentes necesidades, mesas de trabajos, etc.<br>Con los proveedores nos mantenemos en diferentes mesas de trabajo.<br>USAID en el proyecto Asiste Zika.<br>Unidad de adolescente teniendo así mayor alcance en este servicio.<br>Evidencias:<br>Fotos, informes. Contratos con ARS, reconocimiento USAID por el proyecto Zika. | |
| 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, atención en neonatos, partos, quirófanos y otros.<br>Todos los datos son compartidos con socios claves como el MSP, el SRSM y el SNS. También con otras instituciones públicas como Compras y Contrataciones, Portal Transaccional | |

| | | |
|---|---|---|
| | MAP, la Contraloría, la TSS, Senasa y otras.<br>Evidencias:<br>Fotos e informes, contratos, reconocimientos. | |

## CRITERIOS DE RESULTADOS

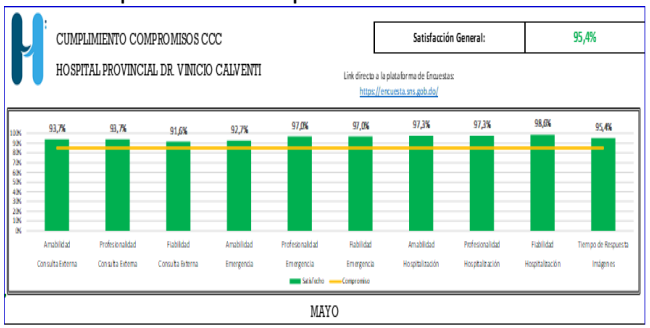
### CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.

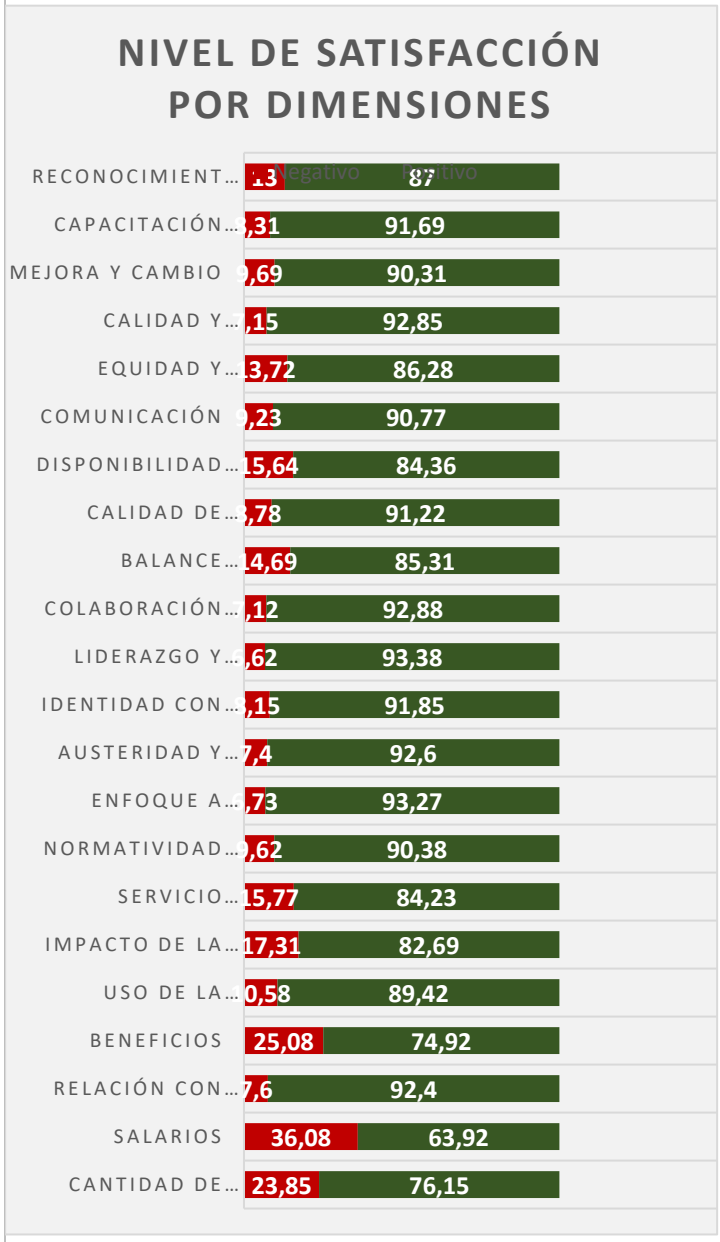
***Considere lo que la organización ha logrado para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y ciudadanos a través de los siguientes resultados:***

### SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 1. 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, | Los resultados de las encuestas que hemos aplicado desde 2018-2023, hemos observado como la imagen global y reputación del Hospital Dr. Vinicio Calventi se consolidan cada día en la preferencia de los clientes. De acuerdo a la encuesta realizada enero-diciembre del 2022, considera entre muy buena y buena la percepción en cuanto a la calidad de los servicios ofrecidos, en las últimas mediciones | |

| | | |
|---|---|---|
| seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.) | realizadas en las encuestas de satisfacción al usuario en el año 2023 los resultados por áreas fueron los siguientes.<br>Satisfacción general 83.03%.<br>Satisfacción por área de hospitalización 92.2%.<br>Satisfacción por área de imágenes 95,4%.<br>Satisfacción por área de Laboratorio 93,6%.<br>Satisfacción por área de emergencias 74%.<br>Satisfacción por área de consulta externa 86.4%.<br><br>Encuesta por Carta Compromiso al Ciudadano<br>  <br><br>Consulta 93.7%<br>Emergencia 97.0%<br>Hospitalización 97.3%<br>Imágenes 95,4%<br>Encuesta de clima laboral realizada en el 2023, evaluando 22 variables a través de 91 afirmaciones, las cuales pueden incidir en el comportamiento organizacional (Clima-Cultura), en los Colaboradores de nuestra institución.<br>La metodología utilizada en el estudio fue mixta, por lo que se midieron aspectos cuantitativos y cualitativos. En esta oportunidad, se solicitó realizar el proceso en el SECAP, a una población (260) colaboradores, donde todos completaron la encuesta; realizada desde 06 al 31 de marzo del 2023. | |


NIVEL DE SATISFACCIÓN POR DIMENSIONES
RECONOCIMIENT…
CAPACITACIÓN…
MEJORA Y CAMBIO
CALIDAD Y…
EQUIDAD Y…
COMUNICACIÓN
DISPONIBILIDAD…
CALIDAD DE…
BALANCE…
COLABORACIÓN…
LIDERAZGO Y…
IDENTIDAD CON…
AUSTERIDAD Y…
ENFOQUE A…
NORMATIVIDAD…
SERVICIO…
IMPACTO DE LA…
USO DE LA…
BENEFICIOS
RELACIÓN CON…
SALARIOS
CANTIDAD DE…
,3
87
,31
91,69
,69
90,31
,15
92,85
3,72
86,28
,23
90,77
5,64
84,36
,78
91,22
4,69
85,31
,12
92,88
,62
93,38
,15
91,85
7,4
92,6
,73
93,27
,62
90,38
5,77
84,23
7,31
82,69
0,58
89,42
25,08
74,92
7,6
92,4
36,08
63,92
23,85
76,15

| | | |
|---|---|---|
| | A través de la carta compromiso al ciudadano el centro se ha comprometido a un cumplimiento del más del 85% en trato humanizado en los distintos servicios y entregad e los resultados en menos de 72 horas en pacientes ambulatorios en el laboratorio. Estos resultados son evaluados a través de auditorías del cumplimiento de estos compromisos realizadas por el MAP la cual tuvo una última evaluación de un 99%. También estos datos son reportados en transparencia del portal web del centro.<br>Con relación a los desechos sólidos tenemos contratada una compañía privada que se encarga de la recolección de los desechos sólidos infecciosos y los comunes son recogidos por el ayuntamiento de la demarcación. A lo interno de la Institución se ha establecido una ruta interna, facilitando el traslado de los desechos hacia el área destinada para el depósito de los mismos.<br>Evidencias:<br>Informe de la Encuesta de usuarios externos 2023, SNS.<br>Contrato de compañía de recolección de los desechos sólidos infecciosos.<br>Encuesta de clima Laboral, realizada por el MAP a través del SECAP 2023.<br>Carta Compromiso Al Ciudadano segunda version. | |
| 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). | El centro hasta principios del año 2020 realizábamos las encuestas de satisfacción al usuario de forma manual, luego el SNS implemento la encuesta online estandarizada para aplicar las encuestas de satisfacción de los servicios, arrojo lo siguientes datos en el año 2024.<br>Satisfacción general 91.45%.<br>Satisfacción por área de hospitalización 92.40 %.<br>Satisfacción por área de imágenes 92.12 %.<br>Satisfacción por área de Laboratorio 91.49 %.<br>Satisfacción por área de emergencias 89.38 %.<br>Satisfacción por área de consulta externa 92.87%.<br>Encuesta por Carta Compromiso al Ciudadano<br>Consulta externa 92.8%<br>Emergencia 88.2% | |

| | | |
|---|---|---|
| | Hospitalización 92,3%<br>Imágenes 92.95%<br>Laboratorio 92.95%<br>Evidencias:<br>Encuesta satisfacción Enero-Diciembre 2024. | |
| 3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización. | Contamos con un consejo administrativo hospitalario (CAH) integrado por 2 representantes de la comunidad, 1 representante del consejo provincial de desarrollo, 1 representante del ayuntamiento, el director del hospital, subdirector administrativo y 2 representantes de los gremios del resto del personal hospitalario. Este vela por una adecuada repuesta del hospital a las necesidades comunitarias y viceversas. Nuestra comunidad es involucrada en varios procesos como son; procesos de limpìeza exterior del centro hospitalario, adquisición de nuevos equipos, mantenimiento en general, en la planificación estratégica del hospital y en la toma de decisiones mediante reuniones.<br>El 95-98 % de los usuarios encuestados durante los años 2022-2024 recibieron suficiente información sobre su padecimiento o estado de salud en las áreas de servicios de nuestra institución.<br>Además, en varios de nuestros medios de participación de los ciudadanos/clientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización son:<br>Nuestros buzones de quejas y sugerencias.<br>Oficina de atención al usuario.<br>Encuestas de satisfacción.<br>Redes sociales (Facebook e Instagram).<br>Evidencias:<br>Fotografías, acta Comité Administrativo Hospitalario, actas y minutas. Resultados de Encuestas de satisfacción 2022, 2023, 2024. | . |

| | | |
|---|---|---|
| 4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.). | Nuestro hospital se rige por la Ley 41-08 de Función Pública, Ley 42-01 o General de Salud y la Ley 87-01 de seguridad social. Donde todos los servicios que brindamos están fundamentados en estas dos leyes.<br>En diferentes áreas del hospital, tenemos colocados los derechos y deberes de los usuarios, tomados de la Ley General de Salud, la cual aplicamos. Contamos con una Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI), la valoración del portal de transparencia al mes de diciembre 2023 es de 99. Puntos y al 2024 es de 99.04. | |

**Ética e Integridad Gubernamental**

**Dirección de Transparencia y Gobierno Abierto**

**Resolución 002-2021**
**Período de Evaluación: Diciembre 2024**

**Institución:** Hospital General Dr. Vinicio Calventi

**ID-Institución:** 521

**ID-Evaluación:** 16522

**Fecha de evaluación:** 30/ene/2025

**Página web:** https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia/

**Correo RAI/OAI:** transparencia@hospitalcalventi.gob.do

**Resultados**

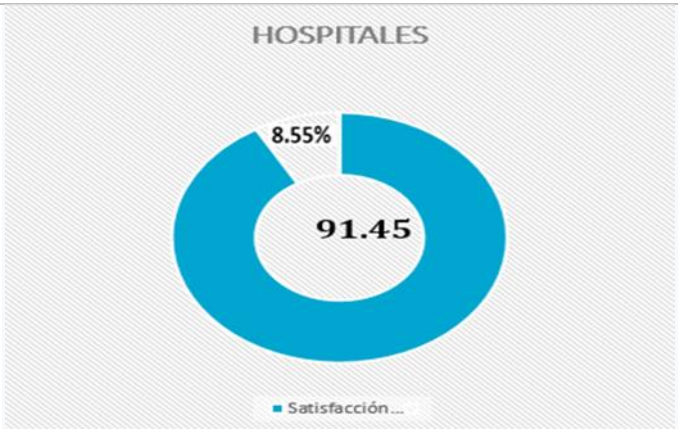
**Total general:** 99.04 de 100.00

| ITEM/SUB-ÍTEM | RESULTADO | PONDERACIÓN |
|---|---|---|
| **1. Base legal de la institución** | | |
| Constitución | Cumple 100% | 0.71 de 0.71 |
| Leyes | Cumple 100% | 0.71 de 0.71 |
| Decretos | Cumple 100% | 0.71 de 0.71 |
| Resoluciones | Cumple 100% | 0.71 de 0.71 |
| Otras Normativas | Cumple 100% | 0.71 de 0.71 |
| ITEM/SUB-ÍTEM | RESULTADO | PONDERACIÓN |
| **2. Marco legal del Sistema de Transparencia** | | |

| ITEM/SUB-ÍTEM | RESULTADO | PONDERACIÓN |
|---|---|---|
| **4. Estructura Organica de la Institución** | | |
| Estructura Organica de la Institución | Cumple 100% | 2.21 de 2.21 |
| ITEM/SUB-ÍTEM | RESULTADO | PONDERACIÓN |
| **5. Planificación estratégica** | | |
| Plan estratégico | Cumple 100% | 2.21 de 2.21 |
| Plan Operativo Anual (POA) | Cumple 100% | 2.21 de 2.21 |
| Memorias institucionales | Cumple 100% | 1.21 de 1.21 |
| Publicaciones Oficiales | Cumple 100% | 0.71 de 0.71 |

Nuestra institución envía un reporte mensual al Servicio Regional de Salud con los datos de la producción y la y el reporte administrativo financiero. También remite a las autoridades los Estados Financieros. Trimestralmente presentamos los indicadores de calidad al VMGC.
La transparencia es uno de nuestros valores clave para generar confianza. Se responde a las demandas de información sobre la forma de gerencial la organización.

| | | |
|---|---|---|
| | Contamos con un personal de relaciones públicas y comunicación para dar todas las informaciones necesarias a nuestros usuarios internos y externos, por las vías que sean solicitados.<br>Rendimos cuenta al SNS, SRSM MSP, MAP, y otros organismos estatales.<br>De estos se encuentran los informes de monitoreo del POA, las indicadores del tablero de Mando, los reportes al SISMAP Salud que actualmente pasamos a formar parte de los 50 hospitales priorizados, los indicadores de calidad al VMGC, Madre y RN bien cuidados, reportes del 67-A, 72-A, entre otros.<br>En el 2022 pasamos a formar parte del Sismap Salud, donde en el primer año fuimos premiados con el segundo lugar.<br>Evidencias:<br>Ubicación y funcionamiento de la Oficina de Libre Acceso a la Información, Ley 42- 01, Ley 41- 08, Ley 340-06 de Compras, 67-A, informes financieros, Derechos y Deberes del Pacientes, expediente manejado con Ley de Compras, Código de Ética, premios Sismap Salud. | |
| 5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes. | Nuestro hospital cuenta con la Resolución No. 155-2022, de nuestra primera versión de Carta Compromiso al Ciudadano, aprobada en mayo 2022, ya tenemos nuestra segunda versión de carta compromiso al ciudadano 2024-2026 con 99% de valoración Resolución No. 102-2024.<br>La satisfacción general de los clientes ciudadano 2024 es de 91.45 %. La percepción de los ciudadanos clientes arrojo:<br>Amabilidad 94.34%<br>Profesionalidad 94.18%<br>Facilidad y Rapidez 89.50%<br>Manejo de las Informaciones 94.29%<br>Acceso a los Servicios 93.26%<br>Tiempo para recibir Resultados 92.95%<br>Higiene y Comodidad 81.63%<br>Calidad del Servicio 91.45%<br><br>Encuesta de satisfacción al usuario 2024. | |

| | | |
|---|---|---|
| |  <br>Evidencias:<br>Encuesta Carta Compromiso al Ciudadano, encuesta de satisfacción usuarios 2024 | |

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

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 1. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.). | Contamos con un servicio las 24 horas y a nivel de consulta hemos ampliado nuestra cartera de servicios y horario. Con esta información monitoreamos y evaluamos las necesidades cambiantes de los grupos de interés y los cambios en sus expectativas, necesidades y satisfacción.<br>También utilizamos la información de los buzones para esos fines.<br>Emergencias: 24 horas, 7dias a la semana.<br>Hospitalización :24 horas , 7 días a la semana<br>Consultas: 8:00 am. – 6:00 pm.<br>Imágenes : 24 horas , 7 días a la semana<br>Laboratorio clínico: 24 horas, 7 días a la semana.<br>Banco de Sangre: 24 horas, 7 días a la semana.<br>Bacteriología: 24 horas, 7 días a la semana.<br>Patología: Lunes a Viernes de 8:00 am a 5:00 pm<br>Cirugía: 24 horas, 7 días a la semana.<br>Farmacia Hospitalaria: 24 horas, 7 días a la semana. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Hemodiálisis: Lunes, Miércoles y Viernes de 6:00 am – 6:00 pm<br>Stand de SENASA: Lunes a Viernes de 8:00 am a 4:00 pm<br>Áreas Administrativas: Lunes a Viernes de 8:00 am a 5:00 pm<br>Control de citas: lunes a viernes 7:00 am a 6:00 pm<br>Planificación familiar: lunes a viernes, 8:00 am a 5:00 pm.<br>Contamos con diferentes áreas para brindar las informaciones, atención al usuario, comunicaciones, redes sociales, portal transparencia, murales y audiovisuales. Nuestra Carta Compromiso, donde explicamos a nuestros usuarios nuestras responsabilidades de gestión para que ellos reciban servicios de calidad con calidez.<br>Los servicios tienen un costo de RD$ 100.00 y la diferencia generada se les facturas a las aseguradoras sin diferencia de copago. En caso de no poseer seguro médico, solo se les facturan los RD$100.00.<br>Nuestra cartera de servicios es difundida por diferentes medios e informaciones sobre temas diversos de interés para nuestros usuarios.<br>Contamos con las redes sociales y los diferentes grupos sociales. Estos medios de comunicación nos vinculan con nuestros usuarios con el fin de facilitar el acceso a los servicios y que estos sean brindados con calidad y oportunidad.<br>Contamos con la oficina de Libre Acceso a la información 24/7. Evidencias: redes sociales, fotos OAI, confirmamos la presencia de esta oficina en la institución. Carpeta Carta Compromiso, fotos de participación en las charlas, foto de pantalla, Form. 72-A. Reporte de pacientes atendidos sin ningún costo y lista de pacientes atendidos de las ARS sin cobro de copago.<br>Nuestra accesibilidad a los servicios físicos | |

| | | |
|---|---|---|
| | esta beneficiada por servicios de transporte público como son:<br>Ruta 69<br>Ruta 23<br>Ruta 90<br>OMSA.<br>Ruta KM 20.<br>Carritos Alcarrizos adentro.<br>Motoconchos.<br>Taxi Calventi.<br>Contamos con rampas, sillas de ruedas, pasamanos, ascensores, baños.<br>Evidencias:<br>Fotos de rampas, sillas de ruedas, pasamanos, fotos de ruta Cartera de servicios, Carta Compromiso al Ciudadano. | |
| 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.). | Por medio de las encuestas del SNS, medimos los estándares de calidad, agilidad y el tiempo de espera de citas como de resultados obteniendo esta valoración por nuestros clientes.<br>Medición de los atributos de calidad 2024<br> <br><br>Contamos con un plan de mantenimiento de infraestructura y equipo anual, donde mensualmente supervisamos dichas áreas, estos informes son enviados al SRSM trimestralmente. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Contamos con el levantamiento de buenas prácticas de almacén de farmacia, el cual se realiza mensualmente revisando la calidad, temperatura y almacenamiento de los medicamentos, estos informes son enviados trimestralmente al SRSM.<br>Tenemos un plan preventivo del medioambiente el cual levantamos en acompañamiento con Ministerio de Salud Pública, donde le enviamos los informes trimestralmente.<br>También nuestro director por medio de comunicaciones exhorta a todo el personal al ahorro de energía, contribuir con el mantenimiento de las áreas verdes y al cumplimiento del protocolo y plan de desechos sólidos y contribuir con la limpieza e higienización del centro.<br>Evidencias:<br>Encuestas de satisfacción al usuario, Carta Compromiso al Ciudadano, informes y planes. | |
| 3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.). | Somos un hospital general, pero nuestro centro se especializa en Materno Infantil, donde es nuestra mayor población atendida. En el año 2024 realizamos atenciones a nivel de consulta de 141,533 consultas de diferentes especialidades, hospitalizaciones 8,619 y procedimientos quirúrgicos 7,100 pacientes. En el área de maternidad realizamos entre paros y cesáreas 1610 nacimientos.<br>Contamos con la residencias de Medicina Familiar y Geriatría, por lo que la población envejecientes es importante para nosotros.<br>Tenemos el programa de visitas comunitarias a los envejecientes y discapacitados, donde se les realiza consultas y se les facilitan los medicamentos de uso continuo preescritos por nuestros médicos.<br>También acudimos a la comunidad cuando nuestros comunitarios o enlaces comunitarios o los grupos focales nos informan sobre algún comunitario que no puede acudir al centro, brotes, etc. | |

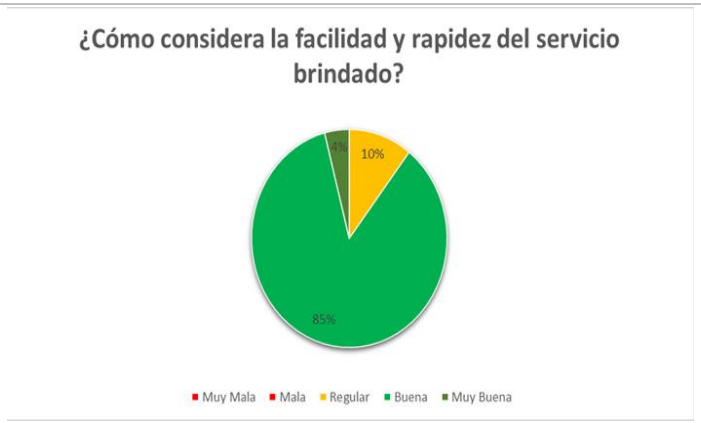
| | | |
|---|---|---|
| | Contamos con una unidad de adolescentes, dirigido a hembras y varones.<br>Evidencias:<br>Fotos del área de maternidad, unidad de adolescente, 67A | |
| 4. Capacidades de la organización para la innovación. | En cuanto a la capacidad de innovación, se puede ver los métodos nuevos implementados para atender a los ciudadanos/clientes, dentro de estos están:<br>Nuevas áreas de facturación.<br>Departamento de protocolo.<br>Asistencia por Gestores.<br>Reingeniería de la División de Atención al Usuario.<br>Emergencia con nueva tecnología.<br>Hemodiálisis.<br>Unidad de Adolescentes<br>Tomógrafo<br>Cirugía plástica y Bariatrica<br>Unidad de Cosmeatria.<br>Oficina de IDOPPRIL<br>Capilla<br>Evidencias:<br>Fotos de las diferentes áreas. | |
| 5. Digitalización en la organización. | El departamento de tecnología ha innovado con diferentes programas, en la actualidad contamos con el Sigma.- SGC ( Sistema de Gestión Clínica y Administrativo )<br>Áreas Implementadas :<br>- Oficina de Atención al usuario<br>- Atención al usuario (1er y 2do nivel).<br>- Emergencias<br>- Hospitalización<br>- Tesorería ( Caja )<br>- Trabajo Social<br>- Archivo | |

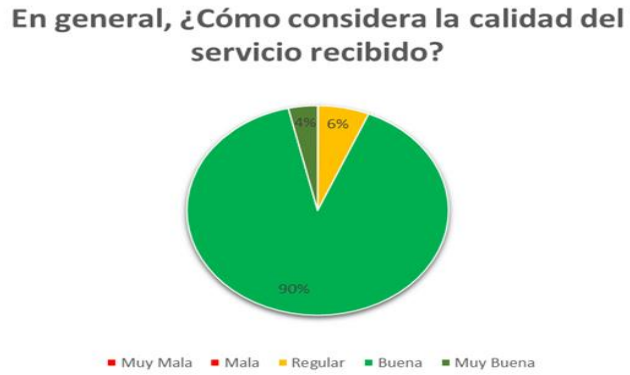
| | | |
|---|---|---|
| | Contamos con computadoras e internet en todas las áreas.<br>Evidencias:<br>Fotos de las oficinas con sus equipos tecnológicos en uso. | |

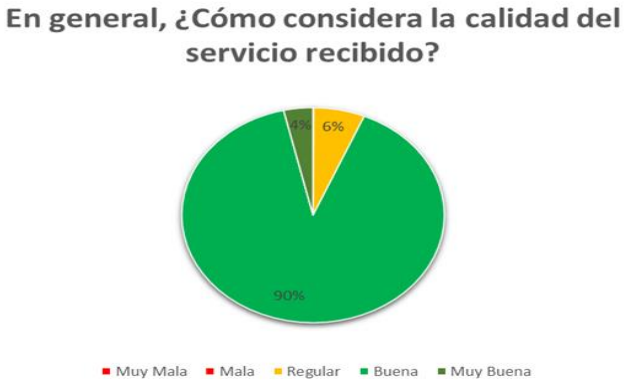
### 6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

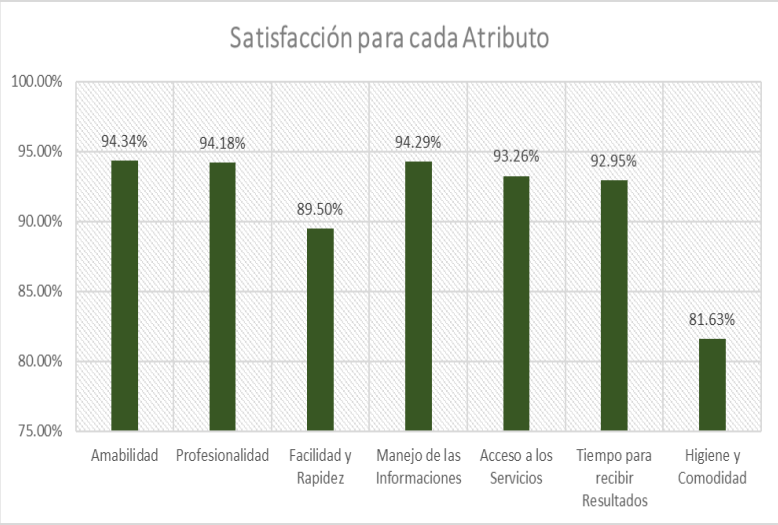
**1. Resultados sobre la calidad de los productos y servicios.**

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 1. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio)**.** | De acuerdo a la Encuesta de Satisfacción el 91.45% de los usuarios considera que nuestro tiempo de respuesta es de 92.95%.<br>Las quejas se responden respetando los plazos establecidos en nuestra Carta Compromiso que es de 10 días si son físicas y 15 días si es por Buzón.<br>Los resultados de las pruebas de laboratorio están disponibles en 3 días laborables.<br>Las cirugías programadas se realizan en las fechas correspondientes, para control de esto contamos con el control de citas de cirugías, el cual es monitoreado por la división de calidad y el SRSM.<br>Las citas por consulta dependen de la especialidad y la cantidad de los mismo, puesto que, hay pacientes que deben esperar hasta dos meses para una cita médica y hay otros que se les atiende inmediatamente (de un día para otro y hasta máximo un mes). | |


¿Cómo considera la facilidad y rapidez del servicio brindado?
4%
10%
85%
Muy Mala
Mala
Regular
Buena
Muy Buena


En general, ¿Cómo considera la calidad del servicio recibido?
4%
6%
90%
Muy Mala
Mala
Regular
Buena
Muy Buena


En general, ¿Cómo considera la calidad del servicio recibido?
4%
6%
90%
Muy Mala
Mala
Regular
Buena
Muy Buena

| | | |
|---|---|---|
| |  <br>Evidencias:<br>Encuestas de satisfacción al usuario 2024, Seguimiento a la Carta Compromiso al Ciudadano. Matriz de programación de cirugías. | |
| 2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).<br>1. Costo de los servicios.<br>2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios<br>3. Cumplimiento de los estándares comprometidos. | Las quejas se responden respetando los plazos establecidos en nuestra Carta Compromiso que son de 15 dias por las siguientes vías:<br>-Buzón de quejas y sugerencias: estos buzones están instalados en un lugar visible en las instalaciones del hospital (15 días laborables para responderlas).<br>-Sistema 3-1-1: a través de la línea 311 y portal web www.311.gob.do (15 días laborables).<br>-Atención al usuario: personal encargado de recibir los casos y asignarlos a los departamentos correspondientes (15 días laborables).<br>-Redes Sociales: @hcalventird (15 días laborables).<br>Contamos con 20 ARS, y no cobramos copagos a nuestros usuarios.<br>Contamos con una cartera de servicios amplia ya que somos un hospital general.<br>Cumplimos con nuestra cartera de servicios, ya que contamos con un personal responsable con los dias estandarizados para siempre dar una cobertura total.<br>Nuestra Carta Compromiso al Ciudadana fue aprobada su primera versión en mayo 2022, pero ya contamos con nuestra segunda versión 2024-2026.<br>Quejas y sugerencias: | |

2.3.1 **Formas de Presentación de Quejas y Sugerencias**

| Formas de Presentación de Quejas ySugerencias | Tiempo de Respuesta Establecido en la Carta Compromiso | Tiempo de Respuesta Después de la Publicación de laCarta Compromiso (fecha de recepción vs. fecha de respuesta) | Documentos Evidenciado |
|---|---|---|---|
| Buzón de quejas y sugerencias | 15 días | **Abril 2024**, Recibimos el 19 de abril, 1 queja en el laboratorio, Respondida el 25 de Abril. Respondida en 6 días.<br>**Mayo 2024,** Recibimos el 03 de mayo, 1 queja en consulta primer nivel, Respondida el 09 de mayo. Respondida en 6 días.<br>**Junio 2024**, Recibimos el 14 de Junio, 1 queja en Administración, Respondida el 20 de Junio. Respondida en 06 días.<br>**Julio 2024,** No tenemos.<br>**Agosto 2024,** Recibimos el 02 de agosto, 1 sugerencia, en el área de emergencia, Respondida el 07 de agosto. Respondida en 05 días.<br>**Septiembre 2024**, No tenemos.<br>**Octubre 2024**, Recibimos el 11 de Octubre, 1 Sugerencia en el área de consulta primer nivel, Respondida el 17 de Octubre. Respondida en 06 **días.**<br>**Noviembre 2024**, Recibimos el 01 de Noviembre, 1 | Si, formulario de las QDRS |



| | | | |
|---|---|---|---|
| | | queja en el área de Hospitalización, Respondida el 05 de Noviembre. Respondida en 04 días.<br>**Diciembre 2024**, Recibimos el 29 de Noviembre, 1 sugerencia en el área de consulta primer nivel, Respondida el 04 de Diciembre. Respondida 05 días.<br>**Enero 2025,** Recibimos el 17 de Enero, 1 queja en el área de Laboratorio, Respondida el 20 de Enero. Respondida en 03 días.<br>**Febrero 2025**, No tenemos. | |

311

| | | | |
|---|---|---|---|
| 311 | 15 días | **Marzo 2024 recibidas una(01), el 27-03-2024, respondida el 27-03-2024**<br>**Abril 2024, Recibidas 02, una (01) el 01/04/2024 y respondida el 09/04/2024., una(01) el 25/04/2024 y respondida el 05/05/2024**<br>**Mayo 2024, recibidas 00**<br>**Junio 2024, recibidas 04, una(01) el 06/06/2024, respondida el 17/06/2024, una(01) el 19/06/2024, respondida el 01/07/2024, una el 26/06/2024, respondida el 28/06/2024, una(01) el 26/06/2024, respondida el 16/07/2024**<br>**Julio 2024. 01 el 03/07/2024, respondida el 15/07/2024**<br>**Agosto 2024, recibida 02, una(01) el 08/08/2024, respondida el 19/08/2024, una(01) el 28/08/2024, respondida el 03/09/2024**<br>**Septiembre 2024, recibidas 05, una (01) el 03/09/2024, respondida el 09/09/2024, una (01) el 10/09/2024, respondida el 02/10/2024, una(01) el 10/09/2024, respondida el 02/10/2024, una(01) el 18/09/2024, respondida el 18/09/2024, una(01) el 27/09/2024 respondida el 14/10/2024**<br>**Octubre 2024, recibida 04, una(01) el12/10/2024 respondida el 14/10/2024, una(01) el 22/10/2024, respondida el 31/10/2024, una(01) el 25/10/2024, responda el 31/10/2024**<br>**Noviembre 2024, recibida 03, una el 08/11/2024 respondida el 11/11/2024, una (01) el 21/11/2024 respondida el 26/11/2024, una** | Si |



| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **(01) el 29/11/2024, respondida el 13/12/2024.**<br>**Diciembre 2024, recibida 01, el 17/12/2024, respondida el 23/12/2024**<br>**Enero 2025, Recibida 00**<br>**Febrero 2025 recibida 00** | |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencias:<br>Reportes de QDRS, 311 fotos. Cartera de Servicios y sus horarios CCC 2024-2026. | |
| 4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanación) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad. | Hemos implementado la plantilla QDRS y la apertura de los buzones con respuesta de subsanación a las quejas en un plazo de 15 dias laborables, donde hemos subsanado todas las quejas y tomado en consideración las sugerencias.<br>Nuestra última evaluación de la Carta Compromiso al Ciudadano en el 2024 reporto 96%<br>Evidencias:<br>Plantilla QDRS, cartas de subsanación, evaluación Carta Compromiso al Ciudadano | |
| 5. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc. | Por medio del Formulario 67A mensualmente reportamos los indicadores del 2024 sobre el día paciente, número de camas ocupadas, etc, y a la vez son publicadas mensualmente en la página del repositorio del SNS.<br> <br>Atrás SNS Dirección de Gestión de la Información<br>Año: 2024 · Trimestre: Todas · Mes: Todas · Region Planificacion: Todas · Provincia, Municipio: Todas · Establecimiento: DR VINICIO CALVENTI<br>**Indicadores Sanitarios por Hospitales**<br>Provincia \| Total ingresos (Hospitalizaciones) \| Total egresos \| Egresos por altas \| Egresos por Defunciones \| Mortalidad hospitalaria neta (Egresos por Defunción/Total Egresos)x100 \| Dias Camas \| Dias Pacientes \| Inice de ocupación de camas \| Total Emergencias \| Total Consulta Externa \| Presión de emergencia vs consulta externa \| Presión de emergencia vs hospitalizaciones \| Razón de Emergencias vs Consultas Ambulatorias<br>SANTO DOMINGO \| 8.619 \| 8.010 \| 7.311 \| 699 \| 8,73% \| 57.576 \| 36.133 \| 62,76% \| 68.351 \| 141.533 \| 32,57% \| 32,89% \| 48,29%<br>**Total \| 8.619 \| 8.010 \| 7.311 \| 699 \| 8,73% \| 57.576 \| 36.133 \| 62,76% \| 68.351 \| 141.533 \| 32,57% \| 32,89% \| 48,29%**<br><br>A continuación, presentamos los indicadores de eficiencia sanitaria. Tomando en cuenta la cantidad de atenciones brindadas, las cuales fueron 584,878 atenciones en 2024, con relación al año 2023 que fueron. 595,880.<br>Consultas: 141,533<br>Emergencias: 68,351<br>Hospitalización: 6,619<br>Cirugías: 7,100 | . |

Laboratorio: 304,447
Banco de sangre: 4,839 unidades
Imágenes: 61,938
Partos y Cesáreas: 1,610
Ingresos: 8,610
Egresos: 8,010
Mortalidad Hospitalaria: 8.73%
Métodos de planificación:3,503

| AÑO | PRODUCTIVIDAD CONSULTA | PRODUCTIVIDAD EMERGENCIAS | PRODUCTIVIDAD LABORATORIO |
|---|---|---|---|
| 2022 | 126,475 atenciones | 53,787 atenciones | 300,833 atenciones |
| 2023 | 133,556 atenciones | 75,376 atenciones | 310.112 atenciones |
| 2024 | 141,533 atenciones | 68,351 atenciones | 304,447 atenciones |

| Meta Lograda Año 2022 | Meta Proyectada a Lograr Año 2023 | Meta Proyectada Año 2024 | Meta Lograda actual periodo Año 2024 |
|---|---|---|---|
| **126.475** | **133.556** | **141.342** | **141.533** |
| 28445 | 32644 | 37463 | 35531 |
| 98030 | 100912 | 103879 | 105.942 |
| **53787** | **40.363** | **60.579** | **68.351** |
| 53787 | 40363 | 60.579 | 68.351 |
| **9348** | **12.577** | **17.286** | **8.619** |
| | | | 0 |
| 1528 | 2240 | 3.284 | 1.748 |
| 672 | 1250 | 2.325 | 759 |
| 2495 | 3050 | 3.728 | 1.663 |
| 1256 | 1462 | 1.702 | 984 |
| 2 | 4 | 8 | 0 |
| 33 | 44 | 59 | 1 |
| 1 | 1 | 1 | 0 |
| 1404 | 2083 | 3.090 | 1.759 |
| 244 | 335 | 460 | 241 |
| 5 | 6 | 7 | 0 |
| | | | |
| 295 | 455 | 702 | 408 |
| 1413 | 1647 | 1.920 | 923 |
| **354594** | **368.324** | **382.709** | **366.385** |
| 300.833 | 310112 | 319677 | 304.447 |
| 53.761 | 58212 | 63032 | 61.938 |

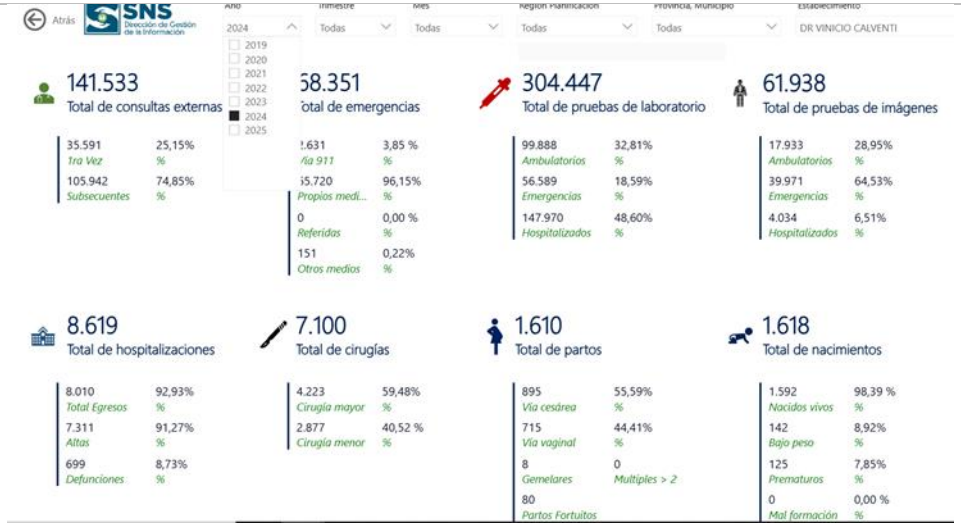
Evidencias:
67A, repositorio SNS, Datos EPI I y EPI II

| | | |
|---|---|---|
| 6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios. | Tenemos nuestra cartera de servicios ajustada al manual de cartera de servicios del SNS para centro de alta complejidad o de tercer nivel.<br>Tenemos alrededor de 48 consultas entre general y especializadas. | |

Contamos con los siguientes servicios:
Cardiología
Cardiología Pediátrica
Medicina Familiar
Dermatología
Diabeto logia
Médicos Familiares
Endocrinología
Endocrinología Pediátrica
Fisiatría y Rehabilitación
Gastroenterología
Gastroenterología Pediátrica
Genética Clínica
Geriatría
Ginecología y Obstetricia
Ginecología - Oncológica
Hematología
Hematología  Pediátrica
Infectología
Infectología Pediátrica
Medicina Interna
Nefrología
Neumología
Neurología
Nutrición
Oftalmología

| | | |
|---|---|---|
| | Ortopedia y Traumatología<br>Artroscopia<br>Otorrinolaringología<br>Pediatría<br>Perinatología y Neonatología<br>Psicología<br>Psiquiatría<br>Urología<br>Vascular<br>Especialidades Quirúrgicas<br>Anestesiología<br>Cirugía General<br>Cirugía Torácica<br>Cirugía Reconstructiva<br>Coloproctología<br>Cirugía Pediátrica<br>Cirugía Ginecológica y Obstétrica<br>Cirugía Maxilo-facial<br>Neurocirugía<br>Servicios de Urgencias y Emergencias<br>Atención de Emergencias<br>Servicio de Ambulancia<br>Traslado de Paciente<br>Servicio de Hospitalización<br>El personal de Medicina Interna, Ginecología y Pediatría es Rotativo en consulta, Hospitalización<br>UCI de Adulto<br>UCI Neonatal<br>UCI Pediátrico<br>Unidades de Intervención en Crisis<br>Servicio de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre<br>Bacteriología/ Microbiología<br>Hematología<br>Hormonas/ Inmunología Clínica/ y Virología<br>Parasitología/ Urianalisis<br>Química Sanguínea<br>Serología<br>Servicio de Sangre y Hemoderivado | |

| | | |
|---|---|---|
| | Toma de Muestra<br>Servicios Odontológicos<br>Cirugía Maxilofacial<br>Cirugía Oral<br>Endodoncia<br>Odontología General<br>Odontopediatria<br>Ortodoncia<br>Periodoncia<br>Servicios de Imágenes<br>Colonoscopía/ Endoscopia<br>Ecocardiograma<br>Electroencefalograma<br>Laparoscopía<br>Mamografía<br>Radiología<br>Sonografia<br>Programas<br>Ampliado de Inmunizaciones (PAI-Vacunas)<br>Programa de Atención Integral al Adolescente.<br>Salud Sexual y Reproductiva (Planificación, CACU (Cáncer de Cuello Uterino)e Información de Métodos Anticonceptivos Hormonales)<br>Servicio de Atención Integral (SAI)<br>Terapia Familiar<br>Tuberculosis<br>Actividades de Promoción de la Salud<br>Promoción a la Lactancia Materna.<br>Servicios Centrales<br>Anatomía Patológica<br>Hemodiálisis<br>Patología Forense | |

| | | |
|---|---|---|
| |  <br>Evidencias:<br>Cartera de servicios ajustada a nuestro nivel de complejidad. | |
| 7. Índice de Satisfacción de Usuarios. | Las encuestas de satisfacción de los servicios, arrojo lo siguientes datos en el año 2024.<br>Satisfacción general 91.45%, con 9% mayor que en el 2023<br>Satisfacción por área de hospitalización 92.40 %.<br>Satisfacción por área de imágenes 92.12 %.<br>Satisfacción por área de Laboratorio 91.49 %.<br>Satisfacción por área de emergencias 89.38 %.<br>Satisfacción por área de consulta externa 92.87%.<br>Encuesta por Carta Compromiso al Ciudadano<br>Consulta externa 92.8%<br>Emergencia 88.2%<br>Hospitalización 92,3%<br>Imágenes 92.95%<br>Laboratorio 92.95% | |

La encuesta de satisfacción de los servicios año 2023, arrojaron los Siguientes datos.
Satisfacción general 83.03%.
Satisfacción por área de hospitalización 92.2%.
Satisfacción por área de imágenes 95,4%.
Satisfacción por área de Laboratorio 93,6%.
Satisfacción por área de emergencias 74%.
Satisfacción por área de consulta externa 86.4%.
Encuesta por Carta Compromiso al Ciudadano
Consulta externa 93.7%
Emergencia 97.0%
Hospitalización 92,0%
Imágenes 95,4%
Laboratorio 95.4%
Evidencias:
Encuesta satisfacción al usuario2023, 2024 y encuesta por atributos de calidad de los servicios de la Carta Compromiso al Ciudadano.

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

<table>
<tr><th>Ejemplos</th><th>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</th><th>Áreas de Mejora</th></tr>
<tr><td>1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.</td><td>Formas de comunicación y Participacion ciudadana.<br>Portal Institucional:www.hospitalcalventi.gob.do<br>Portal de transparencia:<br>https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia/<br>Correo electrónico:info@hospitalcalventi.gob.do<br>Horario de atención: 8.00 am - 4.00 pm<br>Centro de Recepción: (809) 616-3965<br>Oficina de Acceso a la Información Pública:<br>(809) 616-3965 ext.: 2272 Correo electrónico:<br>transparencia@hospitalcalventi.gob.do<br>Redes Sociales: @hcalventird<br>Instagram<br>Facebook<br>Twitter<br>Contamos también con diferentes chats de comunicación interna y de comunicación externa con SRSM. Además contamos con murales , pantallas y comunicaciones<br>METRICAS REDES SOCIALES 2024
<table>
<tr><th>Mes</th><th>Seguidores</th><th>Publicaciones</th><th>interacciones</th><th>Impresiones</th></tr>
<tr><td>Enero 2024</td><td>7</td><td>10</td><td>17</td><td>270</td></tr>
<tr><td>Febrero 2024</td><td>1361</td><td>13</td><td>1113.</td><td>4384</td></tr>
<tr><td>Marzo 2024</td><td>8885</td><td>30</td><td>14062</td><td>32423</td></tr>
<tr><td>Abril 2024</td><td>306</td><td>37</td><td>56</td><td>252</td></tr>
<tr><td>Mayo 2024</td><td>306</td><td>30</td><td>39</td><td>204</td></tr>
<tr><td>Junio 2024</td><td>9507</td><td>43</td><td>2864</td><td>44620</td></tr>
<tr><td>Julio 2024</td><td>9665.00</td><td>48</td><td>3186</td><td>17870</td></tr>
<tr><td>Agosto 2024</td><td>304,00</td><td>8</td><td>13</td><td>47</td></tr>
<tr><td>Septiembre 2023</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td></tr>
<tr><td>Octubre 2023</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td><td>No Personal</td></tr>
</table></td><td>No tenemos actualizadas la Publicación de las métricas en redes sociales trimestral de nuestra página.</td></tr>
</table>

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Noviembre 2024 | 10877 | 8 | 783 | 11513 |
| | Diciembre 2024 | 310 | 12 | 22 | 70 |

Evidencias:
Fotos de redes sociales.

| | | |
|---|---|---|
| 2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.) | Contamos con el departamento de comunicaciones el cual se encarga de confirmar la legitimidad de las informaciones que van a ser publicadas en las redes sociales, a la vez cuenta con el plan de comunicación interna y externa.<br>De igual manera se realizan publicaciones a través del Portal Web de la institución, sobre noticias de interés.<br>Las informaciones recibidas por organismos externos llegan a la dirección de hospital de donde son distribuidas a las diferentes áreas y de ahí a todo el personal dependiente de cada una de ellas.<br>Valoraciones de la DIGEI mensual.<br>Evidencias:<br>Comunicaciones, e informaciones escritas, por EMAIL, o chats, redes sociales, OPTIC | |
| 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. | Nosotros reportamos las informaciones al Ministerio de Salud y al SRSM. Los objetivos de rendimiento organizaciones están plasmado en nuestro Plan Operativo Anual, portal web en transparencia, Ranking Hospitalario como el SISMAP SALUD y socializado con los colaboradores con la finalidad de centrar esfuerzos donde sea necesario, dirigir los gastos a las áreas más necesarias.<br>Evidencia:<br>67ª, Cumplimiento Porcentaje POA.Ranking de Hospitales SISMAP SALUD. | |

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

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

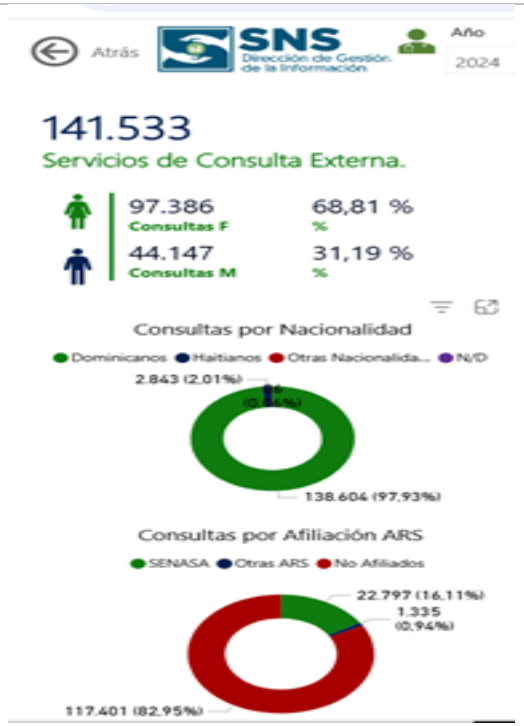
| | | |
|---|---|---|
| 1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen). | Nuestro hospital da participación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

Apertura de la unidad de adolescente con área privada para este servicio ya que tenemos una población cada vez más creciente. Su inauguración fue el 16-6-2022 y las usuarias tienen una atención más personalizada y con citas programadas en menos de una semana para su primera consulta obstétrica.

Área de hemodiálisis ya que nuestro pacientes era referidos a otros centros. Tenemos una atención diaria de 20 Pacientes.

| Año | Acción de mejora | Impacto |
|---|---|---|
| 2021 | Habilitación y apertura de Emergencias | Eficientizacion del proceso de emergencias y capacidad en la atención de mayor número de usuarios |
| 2022 | Habilitación y apertura de Hemodiálisis | Eficientizacion del proceso de emergencias y capacidad en la atención de mayor número de usuarios. Unidad moderna |
| 2023 | Apertura de UCIN | Unida moderna con mayor capacidad de atenciones |
| 2023 | ,habilitación de módulos de facturación den emergencias, laboratorio y consulta, descentralización del proceso de facturación | Agilización del tránsito de recepción a facturación. Mejora en el proceso de egreso |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 2023 | Unidad de Adolescente | Manejo más personalizado a usuarios adolecente, mayor capacidad. |
| | 2023 | Mama Canguro | Manejo más personalizado a pacientes prematuros, mayor capacidad |
| | 2024 | Unidad de Cosmeatria | Nuevo servicio a bajo costo |
| | Evidencias:<br>Matiz QDRS, apertura de buzones y de encuestas realizadas, fotos del área de facturación nueva, fotos de la emergencia, hemodiálisis, fotos primer nivel área de internamiento y unidad de adolescentes, UCIN, mama canguro. | | |
| 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). | Nuestro hospital en el 2024 con una nómina de 1022 colaboradores personal femenino 668, del cual 62 mujeres ostentan cargos administrativos.<br>Personal con diferentes discapacidades 5.<br>En nuestro personal fluye la diversidad cultural y social en el cual no hay restricciones para el nombramiento de algunos de estos. No tenemos ningún tipo de restricción para brindar nuestros servicios a los usuarios.<br>Contamos con una capilla, donde los usuarios y colaboradores pueden utilizar. | | |


Atrás
SNS
Dirección de Gestión de la Información
Año
2024
141.533
Servicios de Consulta Externa.
97.386
Consultas F
68,81 %
%
44.147
Consultas M
31,19 %
%
Consultas por Nacionalidad
Dominicanos
Haitianos
Otras Nacionalida...
N/D
2.843 (2,01%)
138.604 (97,93%)
Consultas por Afiliación ARS
SENASA
Otras ARS
No Afiliados
22.797 (16,11%)
1.335
(0,94%)
117.401 (82,95%)

68.351
Servicios de Emergencias.
Emergencias por Nacionalidad
Dominicanos
Haitianos
Otras Nacion...
809 (1,18%)
67.391 (98,6%)
Emergencias por Sexo
Femenino
Masculino
29 mil
(42,51%)
39 mil
(57,49%)

Evidencia.

| | | |
|---|---|---|
| | Nómina del personal y Plantillas de registro diario donde se visualiza nacionalidad, historia clínica, capilla. | |

**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.). | Con la implementación del Sistema SIGMA para la automatización de todas las áreas de centro. Primera etapa facturación, atención al usuario y caja. Logramos reducir el tiempo de 4 horas a 2 horas los egresos.<br>La adquisición de computadoras y establecidas en todas las áreas del centro ha agilizado el manejo de lo records, la comunicación interna es inmediata, los comunicados por medio de E-mails, chats internos y externos.<br>Contar con el departamento de comunicaciones nos ha agilizado una cobertura más amplia para notificar las informaciones.<br>Nuestro portal de transparencia, OAI, el portal transaccional, que permite ver el manejo de compras y contrataciones.<br>Nuestras redes sociales nos permiten comunicación fluida con los usuarios.<br>Portal Institucional:<br>www.hospitalcalventi.gob.do<br>Portal de transparencia:<br>https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia/<br>Correo electrónico:<br>info@hospitalcalventi.gob.do<br>Horario de atención: 8.00 am - 4.00 pm<br>Centro de Recepción: (809) 616-3965<br>Oficina de Acceso a la Información Pública:<br>(809) 616-3965 ext.: 2272 Correo electrónico: | |

| | | |
|---|---|---|
| | transparencia@hospitalcalventi.gob.do<br>Redes Sociales: @hcalventird.<br>Todo esto ha reducido el costo a nivel de papelería y otros insumos de oficina. Y a la vez agiliza los procesos.<br>Contamos con Sistema de Agua Osmosis, que nos permite una agua de calidad para todo el centro y esto contribuye a evitar las IAAS.<br>Instalación de Pantallas para Promoción de Salud, Lactancia Materna, Cuidado de la Madre y RN, Cartera de Servicios e Innovaciones, esto contribuye a mantener a nuestros clientes bien informados y disminuye el tiempo de búsqueda de información de los usuarios de unos 10-15 minutos.<br>Instalación Sistema de Cámaras de Seguridad que nos permite mantener el clima de seguridad de nuestro personal y de los usuarios.<br>Evidencias:<br>Fotos de redes sociales, fotos de chats internos y externos, Fotos del área de facturación del sistema. Fotos del cuarto del sistema osmosis, fotos d las cámaras de seguridad. | |
| 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). | Durante la elaboración del Plan Estratégico, identificamos a nuestros grupos de interés y completamos el análisis de actores involucrados, determinando su posición respecto al Hospital, su poder y sus intereses.<br>Luego definimos las estrategias a desarrollar con ellos. De los grupos de interés invitados a la elaboración del Plan Estratégico todos los encargados, dirección general y luego se socializo con los comunitarios, representante de las iglesias, colegio médico dominicano, gremios de enfermeras, políticos, representante del ayuntamiento, SRSM.<br>Nuestra cartera de servicios esta en físico, en la página web y diferentes redes sociales, también publicamos informaciones referentes a | |

| | | |
|---|---|---|
| | enfermedades, promoción de la salud, prevención de enfermedades.<br>La carta compromiso al ciudadanos se describen los distintos medios por los cuales los ciudadanos tienen participación e interacción con el centro. Estos constan de redes sociales, números telefónicos para central telefónica, líneas directas para OAI y Atención al usuario, Correo electrónico, pagina web, entre otros. Esta está publicada en la página web del centro.<br>Evidencias:<br>Lista de asistencia, fotos., página WEB y redes sociales, Carta Compromiso al Ciudadano. | |

## 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.

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

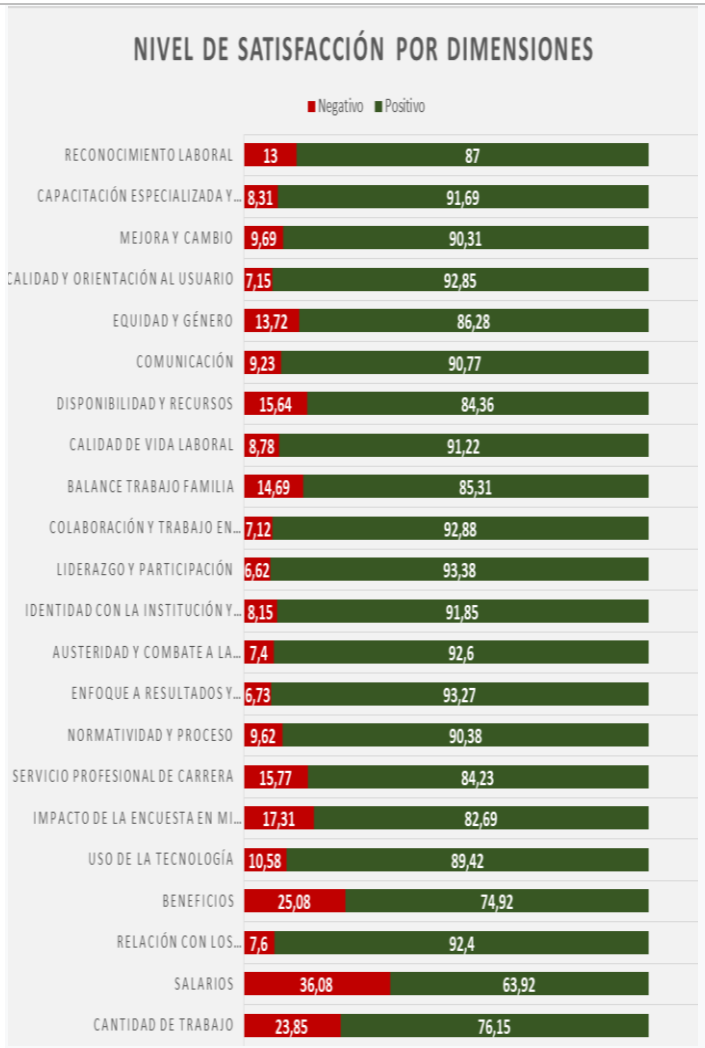
| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés). | Los usuarios externos también han valorado de manera positiva a nuestra institución, como muestran los siguientes resultados de la medición realizada, en las encuesta de satisfacción a los usuarios | |

| | |
|---|---|
| Promedio General de Satisfacción | 91.45% |

| Servicios | Satisfacción |
|---|---|
| Hospitalización | 92,3% |
| Imágenes | 92,95% |

| | |
|---|---|
| Laboratorio | 92,95% |
| Emergencia | 88,2% |
| Consulta Externa | 92,8% |

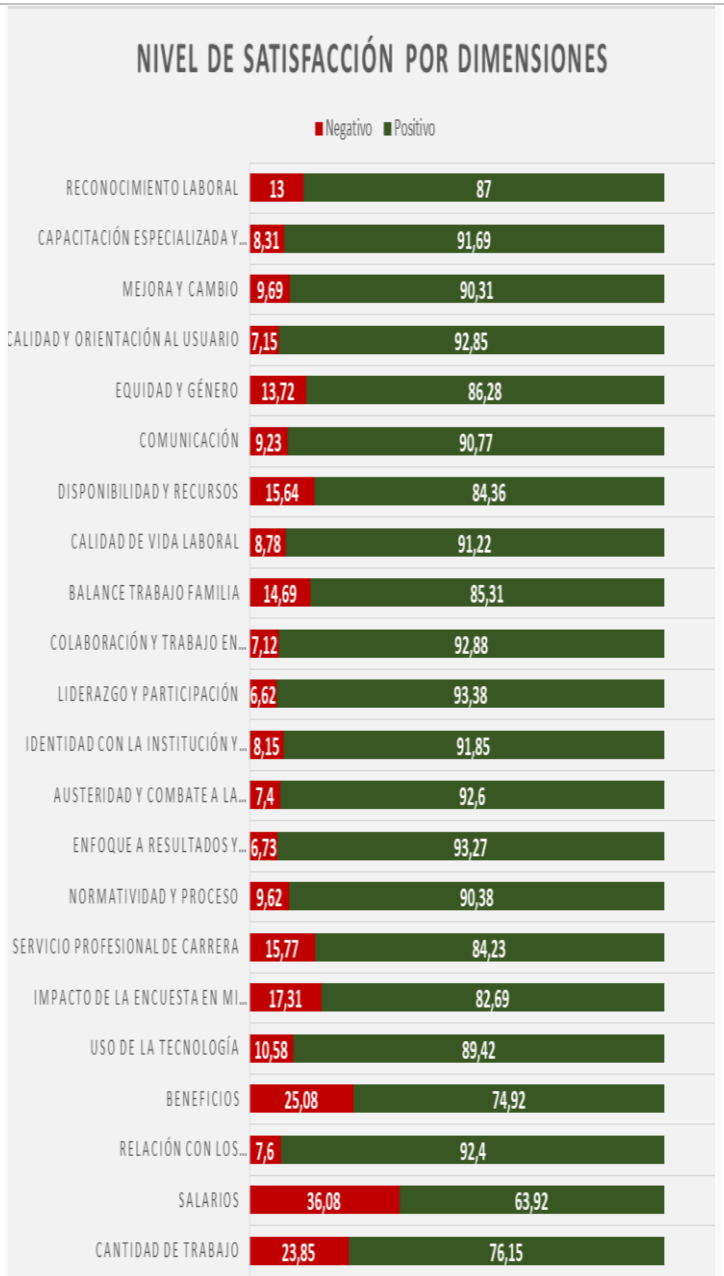
Grado de conocimiento de nuestra institución 100%.
Área en la que recibió mejor trato fue en la consulta, laboratorio e imágenes con 92% de satisfacción.
Satisfacción general de los usuarios 91,45%
En el 2024 se dieron:
Consultas: 141,533
Emergencias: 68,351
Hospitalizaciones: 8,619
Partos: 1,610
Pruebas de laboratorio: 304,447
Una muestra de la buena imagen que tiene el hospital tanto en empleados como en la comunidad que los usuarios siguieron confiando en nuestro centro.
En la encuesta de clima laboral realizada en el 2023, arrojaron los siguientes datos:

| | | |
|---|---|---|
| |  <br>Evidencias:<br>Encuestas de satisfacción al usuario, e informe de encuesta de clima laboral. | |
| 2. Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos. | Con el involucramiento en la encuesta de clima laboral realizada por el MAP en el 2023 arrojo que el liderazgo la participación con la institución es de 93,38%, Así de esta | |

| | | |
|---|---|---|
| | misma forma la colaboración y el trabajo en equipo arrojo 92,88%.<br>En las reuniones de los comités hospitalarios y las entregas de guarias realizadas cada mañana, la comunicación es fluida y de ahí salen planes de mejora y la colaboración interdepartamental.<br>Para la actualización de nuestra filosofía institucional, la participación, del personal, incluidos también comunitarios, encargados departamentales y comunitarios.<br>Nuestra Misión, Visión, Valores están en murales en las diferentes áreas del centro, además están colgados en todas nuestras redes sociales.<br>Evidencias:<br>Encuesta de clima laboral 2023, murales, redes sociales. | |
| 3. La participación de las personas en las actividades de mejora. | El personal afirma que su supervisor fomenta la participación, el liderazgo y distribuye el trabajo de acuerdo con capacidades o competencias, presenta una valoración positiva de 93,38%.<br>Esta participación incluye las acciones de Mejora.<br>Implementamos propuestas para le mejora del cambio con una valoración de 90.31%. Impulsando a cambios innovadores.<br>Los supervisores alientan a ser creativo y toma en cuenta otras formas de realizar el trabajo.<br>Contamos con 18 comités que captan nuevas sugerencias para mejorar e involucrar todos los departamentos al trabajo en equipo. Colaboración y trabajo en equipo valorado en 92,8%<br>Recibimos respuesta y cooperación oportuna de los miembros de otros departamentos a los que requieren información o apoyo para realizar el trabajo presenta una valoración positiva de 92,8%.<br>Evidencias Encuesta clima laboral 2023 | |

| | | |
|---|---|---|
| 4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad. | Contamos con nuestro comité de Ética, tratamos de mantener conciencia de los posibles conflictos de intereses y el comportamiento ético y la integridad.<br>La encuesta de clima también arrojo las siguientes respuestas de los colaboradores:<br>La austeridad y combate de la corrupción arrojo 92,6%.<br>La correcta distribución y manejo de los recursos, la pulcritud y el buen uso de aquello que es puesto a disposición para la realización de los trabajos agregando un valor que eleve la calidad de los servicios 84,36%.<br>Contamos con el comité de Ética.<br>Evidencias:<br>Encuesta de clima laboral 2023, acta constitutiva del Comité de Ética | |
| 5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal. | Las diferentes reuniones realizadas en el año, sirven de marco a la consulta y dialogo, así como a la retroalimentación. Las entregas de guardia y las reuniónes del comité de calidad y de calidad de los servicios son ejemplos de ello.<br>En nuestro centro se aplican cada 2 años la encuesta de Clima laboral, la encuesta de satisfacción al usuario periódicamente, y se escuchan las quejas y sugerencias de los colaboradores las cuales son reportadas en la plantilla QDRS.<br>Evidencias:<br>Encuesta de clima laboral, plantillas QDRS. | No publicamos las QDRS. |
| 6. La responsabilidad social de la organización. | Dentro de la responsabilidad social de la institución está el evitar la corrupción, atreves del monitoreo y supervisión de las diferentes áreas de producción, para de esta forma tener todos los insumos y medios tecnológicos para brindar los servicios.<br>Contamos con el portal de transparencia donde se publica la nómina y los proyectos.<br>Todas las compras y transacciones las realizamos mediante el portal transaccional. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Disponemos de los desechos biológicos de manera responsable, con la contratación de una compañía certificada por el Ministerio de Salud para preservar el medioambiente de nuestro entorno y evitar la contaminación de las áreas aledañas.<br>En la contratación de proveedores, nos aseguramos que sean social y ambientalmente responsables.<br>También seencuentran las jornadas médicas, donde el equipo médico con diferentes especialidades se traslada a lacomunidad a brindar servicio de salud de manera gratuita<br>Evidencias:<br>Fotos del portal de transparencia, Portal Transaccional, OAI, contrato de compañía recolectora de desechos sólidos. Jornada de procedimientos quirúrgicos, Operación Sonrisa | |
| 7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación. | Hemos capacitado al personal para brindar servicios especializados con las mejores competencias del mercado.<br>Las mejoras y el cambio se han ido evidenciando tanto en el personal como infraestructura.<br>El clima laboral ha ido mejorando sustancialmente siendo esto evidenciado por la encuesta de clima laboral, aunque nos falta mucho por mejorar. | |



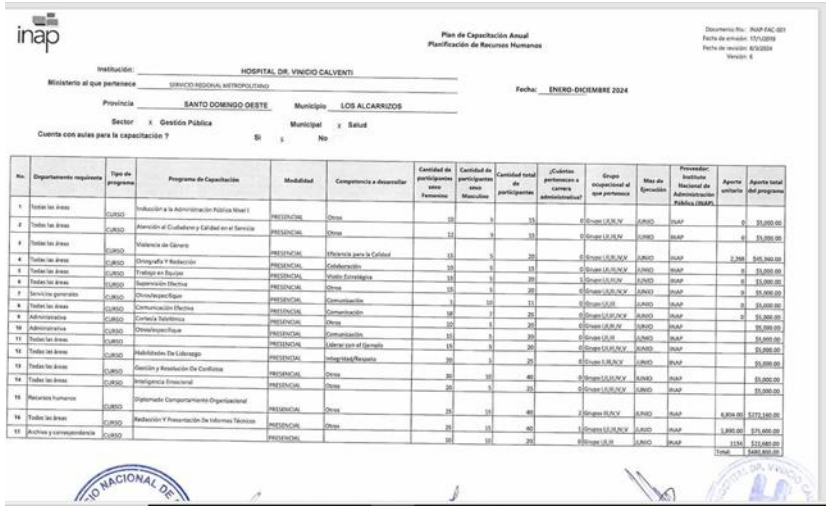

Evidencia:
Encuesta de clima laboral 2023

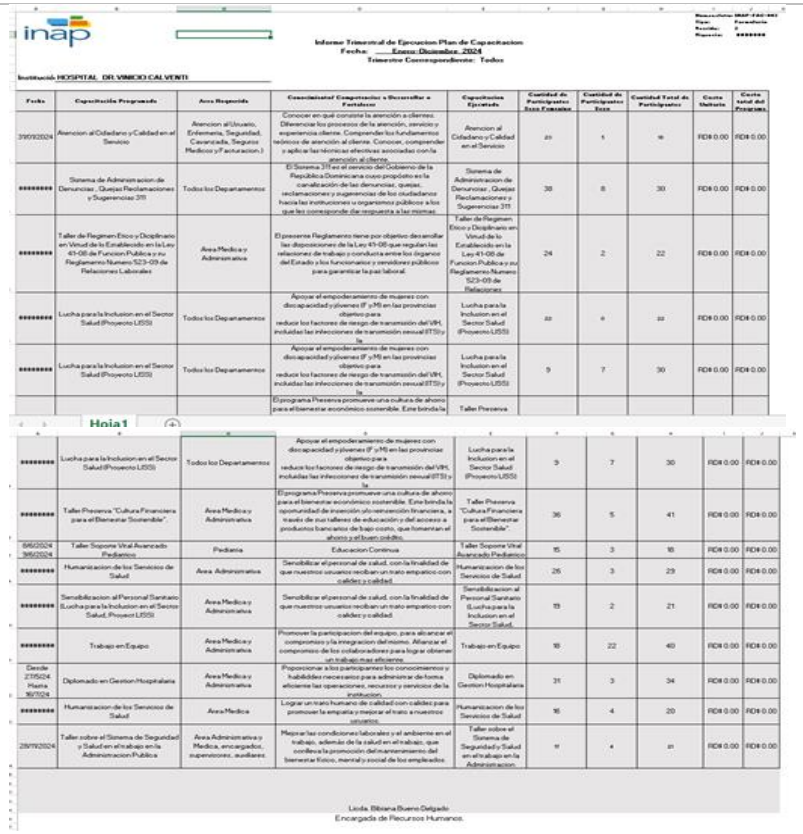
| | | |
|---|---|---|
| 8. El impacto de la digitalización en la organización. | Los colaboradores valoran mucho el impacto de la tecnología que está ocurriendo en nuestro centro.<br>Estamos incursionando en el adecuado uso de las herramientas y equipos tecnológicos en la consecución de resultados, sobretodo cómo afectan los procesos y la normatividad a la organización y desarrollo de su trabajo.<br>Es indispensable usar las tecnologías de la información y comunicaciones (computadora, internet, celular, audio, e-mail, nube, base de datos, redes, software.<br>Evidencias:<br>Encuesta de clima laboral. Fotos de los equipos tecnológicos. | |
| 9. La agilidad en los procesos internos de la organización. | Somos un centro ágil ya que reportamos oportunamente a los gestores externos y a la vez las necesidades del personal tienen respuesta máximo en 7 dias.<br>La agilidad para las respuestas de las QDRS son 15 dias estipulados por los organismos y nuestro tiempo record de respuestas es máximo 5 dias.<br>Los procesos internos son agiles ya que contamos con el personal necesario para esto.<br>Evidencias:<br>Encuesta de clima laboral y encuesta de satisfacción al usuario, QDRS, Mapa de Proceso, Manual de Funciones. | |

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. | El Plan Estratégico Institucional (PEI) del Hospital Dr. Vinicio Calventi, para el período 2020-2023, es el resultado de un proceso participativo propiciado por la alta dirección institucional, que logró la colaboración en los niveles y momentos pertinentes de representantes de las partes interesadas que integran la institución. Los participantes, a través de un proceso de reflexión, análisis y construcción colaborativa, aportaron sus conocimientos, experiencias y aspiraciones al desarrollo de este proceso. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Además anualmente elaboramos el plan operativo anual POA donde participan todos los directivos. Al mismo tiempo se elabora el presupuesto anual<br>mediante el cual se asignan recursos a las actividades planeadas.<br>Estos planes se monitorean y evalúan de manera trimestral.<br>Evidencias:<br>Plan Estratégico 2020-2023 Y POA 2023 y 2024. | |
| 2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización. | Contamos con Estructura Organizativa Actualizada en el 2021, Mapa de procesos, Manual de Organización y Funciones Institucional avalado por el SNS y MAP 2022.<br>Contamos con todos los procesos y procedimientos levantados e implementados. En 2022 actualizamos los procesos y procedimientos misionales.<br>En el 2023 actualizamos los procesos de bioseguridad hospitalaria y de imágenes.<br>En el 2024, empezamos el proceso de realización del manual de Riesgo Laboral interno, protocolo de Punción Lumbar<br>Evidencias:<br>Resolución de aprobación de Estructura Organizativa, resolución de aprobación de Manual de Organización y Funciones Institucional. | No hemos finalizado el manual de Riesgo Laboral, ni el protocolo de punción lumbar. |
| 3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas. | En el manual de organización de cada departamento, está definido el perfil de cada cargo y las funciones que debe realizar, por lo que están equilibradas las tareas y las<br>responsabilidades.<br>En el proceso de entrevista y selección del<br>personal contratado por el centro, está claramente establecido que primero se considera la búsqueda interna de personal cuando existe una vacante para<br>promocionar el personal interno, contamos con<br>instrumentos estructurados para la entrevista y<br>selección del personal, en base a los perfiles<br>técnicos, funciones y responsabilidades definidos en el manual de organización.<br>Luego que la persona es parte de nuestro<br>personal se instala en sus puestos de trabajo de<br>acuerdo a su perfil, tomando en cuenta sus | |

| | | |
|---|---|---|
| | capacidades para el desarrollo de las tareas acorde con las responsabilidades. Esto lo podemos hacer por la clara definición de funciones y responsabilidades.<br>Anualmente se realiza la evaluación de desempeño suministrada por el MAP a todo el personal con el interés de conocer los conocimientos, habilidades y actitudes del personal y de esta manera poseer una panorámica de las capacidades de las personas y elaborar planes de formación, capacitación y de educación continua.<br>Evidencias:<br>Manual de organización y funciones. Organigrama y Reporte Evaluación del Desempeño. | |
| 4. La gestión del conocimiento. | La información sobre todo el personal, sus competencias, capacitaciones realizadas y su ddesempeño es gestionada de manera efectiva por la División de RRHH.<br>La encargada de Capacitación elabora el Plan Anual de Capacitación, y realiza los informes del cumplimiento de estos los cuales son enviados al SRSM trimestralmente.<br>Plan de capacitación 2024<br>  <br>Seguimiento del Plan de capacitación 2024. | No hemos realizado el plan de capacitaciones 2025 |

| | | |
|---|---|---|
| |  <br>Evidencia:<br>Plan de Capacitación 2024<br>Informes de cumplimiento del plan. | |
| 5. La comunicación interna y las medidas de información. | En nuestro centro funciona la comunicación de puertas abiertas, por lo que existe buena comunicación desde la dirección hacia todo el personal.<br>Contamos con el plan de comunicaciones internas y externas.<br>Contamos con diferentes chats departamentales, además los murales, pantallas, e-mail, memorándum y comunicaciones internas fluye diariamente.<br>Las entregas de guardia son el mayor referente de comunicación en todas las áreas.<br>Nuestro director preside diariamente las entregas de guardia.<br>Evidencia: | |

| | | |
|---|---|---|
| | Plan de comunicación externa e interna, fotos de murales, cartas, comunicados, informes, chats. | |
| 6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo. | De acuerdo a nuestra última encuesta de clima laboral el personal valoro la institución en el acápite de reconocimiento laboral en 87%. En capacidad de desarrollo 91,69%.<br>En el año 2022 y 2023, se reconocieron personal de diferentes áreas, por su trayectoria.<br>Evidencia:<br>Encuesta de clima laboral. Reconocimientos. | |
| 7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación. | Para innovar y generar cambios en la organización se realizan acciones de mejoras, el departamento de planificación y calidad solicitan los cambios a implementar a través de los planes operativos departamentales, donde son plasmados los objetivos de cada departamento e iniciativas innovadoras en procura de mejora de los servicios.<br>En la encuesta de clima laboral que se realiza en nuestra institución a los empleados, se les realizan preguntas para medir la percepción de los cambios e innovaciones. El personal institucional en las reuniones puede expresar sus inquietudes y sugerir las innovaciones y participar en los planes de mejora.<br>Evidencias:<br>Encuesta de clima laboral. | |

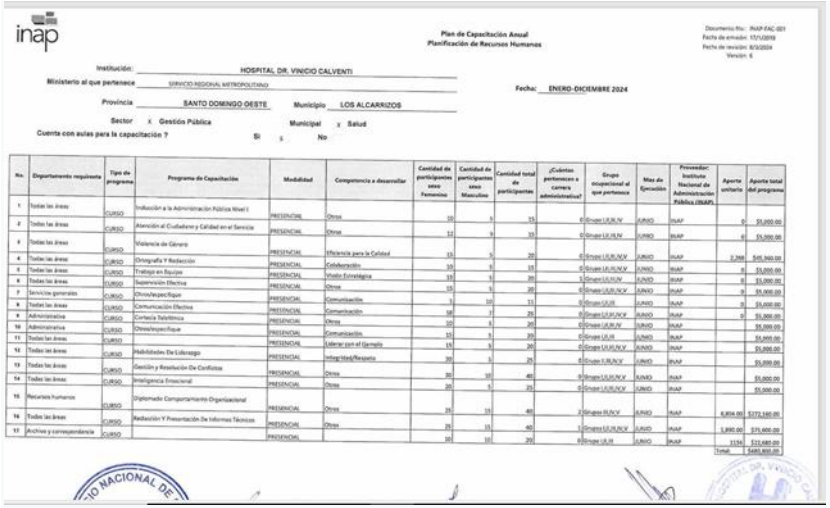
3. **Resultados relacionados con la percepción de las condiciones de trabajo:**

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 1. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización. | Realizamos reuniones periódicas para informar los logros y dificultades que presentan por departamento. La dirección y RRHH muestran interés por promover una cultura de valores y el trabajo en equipo. Cuando surgen conflictos personales se medían mediante el gerente y recursos humanos, si el conflicto es grupal media la dirección ya que siempre tiene puertas abiertas para recibir a los empleados. Somos un hospital general y | |

| | | |
|---|---|---|
| | debemos trabajar con todos los departamentos integrados y pueden surgir los conflictos tenemos el Comité de Eventos Adversos y Comité de Ética. Se promueve un buen clima de trabajo respectando las normas, dando acceso a la información, generando confianza, y utilizando el modelo de liderazgo inclusivo. Disminuyendo así la cantidad de conflictos que se puedan presentar y cuando se presentan se solucionan mediante el diálogo con las personas involucradas y el departamento de RRHH, el comité de ética y disciplina si es necesario.<br>En nuestra institución conciliamos con respeto las diferencias que se presentan entre los compañeros de trabajo<br>Evidencias:<br>Promoción de cultura de valores y humanización, encuestas de clima laboral, comité de ética. | |
| 2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud). | Nuestra institución tiene el departamento de recursos humanos que siempre está en la disposición de conciliar para ayudar al personal que bajo alguna situación personal o laboral con flexibilidad del horario. Tenemos personal con situación de salud que ha sido movido a otra área que conlleva menos riesgo para su salud. Cumplimos con las licencias por enfermedad, por embarazo, licencia pre y post natal.<br>Flexibilidad de horario al personal que posee problemas de salud.<br>Permisos para estudios<br>Flexibilidad de horario por distancia<br>Permisos para cuidar a sus familiares enfermos.<br>Evidencias:<br>Encuestas de clima laboral, permisos, licencias pre y post natal, tardanzas, reclasificación de horarios. | |

| | | |
|---|---|---|
| 3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización. | Nuestra organización tiene la obligación de preservar el respeto y la integridad de personal, así como de mantener la igualdad de oportunidades de acuerdo a las competencias del individuo. Cada empleado tiene las puertas abierta para realizar sus solicitudes de preparación académica, cualquier tipo de ayuda y de exponer sus quejas y sugerencias sin ningún tipo de persecución.<br>Contribuimos con permisos para asistencias a congresos nacionales e internacionales sin importar la especialidad.<br>Evidencias:<br>Encuestas de clima laboral 2023, ayuda para capacitaciones. | |
| 4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo. | Nuestro centro queda en el sector de los Alcarrizos distante del centro de la ciudad por lo que hemos tomado en cuenta los horarios nocturnos, donde por medida de seguridad los servicios se toman a las 6:00 pm. Estamos en remoción y remodelación de algunas áreas de nuestro centro, pero por lo regular tenemos un espacio de descanso de todo el personal médico y enfermería. EL 80% de las áreas tiene aire acondicionado central, mobiliario, áreas climatizadas, salón de reuniones.<br>El comedor de médicos fue remodelado.<br>Hemos iluminado todo el entorno, embellecimiento y preservación de las áreas verdes.<br>Contamos con parqueo exclusivo para médicos y personal administrativo.<br>Áreas de descanso por diferentes especialidades climatizadas y con baño, comedor, salón de reuniones amplio y con tecnología.<br>Evidencias:<br>Encuesta clima laboral, medios de verificación de las áreas, fotos. | |

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. | Motivamos al personal a capacitarse continuamente y estamos en reuniones para realizar un protocolo de motivación al personal.<br>Tenemos personal de carrera administrativa.<br>En nuestra institución se realizan acciones para delegación de responsabilidades, capacidades e informes de productividad. Esto se puede evidenciar en el organigrama y manuales de funciones donde se describen las responsabilidades de cada empleados.<br>Fomentamos el empoderamiento mediante la delegación de responsabilidades, en caso de ausencia se delegan las funciones en el asistente y empleados empoderados.<br>Por medio de la capacitación y Formación permanente.<br>Evidencias:<br>Programa de capacitación, capacitación de liderazgo, o empoderamiento, medición clima laboral. | |
| 2. Nivel de motivación y empoderamiento. | Motivamos al personal a capacitarse y adquirir nuevas competencias ya que realizamos movilizaciones internas de promoción de puestos de acuerdo a las necesidades. Nos preocupamos por saber el grado de satisfacción de las diferentes capacitaciones que realizamos dentro y fuera de nuestra institución.<br>  | |

inap

Plan de Capacitación Anual
Planificación de Recursos Humanos

Institución: HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI
Ministerio al que pertenece: SERVICIO REGIONAL METROPOLITANO
Provincia: SANTO DOMINGO OESTE Municipio: LOS ALCARRIZOS
Fecha: ENERO-DICIEMBRE 2024
Sector: x Gestión Pública Municipal x Salud
Cuenta con aulas para la capacitación ? Si x No

| No. | Departamento requirente | Tipo de programa | Programa de Capacitación | Modalidad | Competencia a desarrollar | Cantidad de participantes sexo Femenino | Cantidad de participantes sexo Masculino | Cantidad total de participantes | ¿Cuántas pertenecen a carrera administrativa? | Grupo ocupacional al que pertenece | Mes de Ejecución | Proveedor: Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) | Aporte unitario | Aporte total del programa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Todas las áreas | CURSO | Inducción a la Administración Pública Nivel I | PRESENCIAL | Otros | 10 | 5 | 15 | 0 | Grupo I,II,III,IV | JUNIO | INAP | 0 | $5,000.00 |
| 2 | Todas las áreas | CURSO | Atención al Ciudadano y Calidad en el Servicio | PRESENCIAL | Otros | 12 | 9 | 33 | 0 | Grupo I,II,III,IV | JUNIO | INAP | 0 | $5,000.00 |
| 3 | Todas las áreas | CURSO | Violencia de Género | PRESENCIAL | Eficiencia para la Calidad | 13 | 5 | 20 | 0 | Grupo I,II,III,IV | JUNIO | INAP | 2,288 | $45,360.00 |
| 4 | Todas las áreas | CURSO | Ortografía Y Redacción | PRESENCIAL | Colaboración | 10 | 5 | 15 | 0 | Grupo I,II,III,IV | JUNIO | INAP | 0 | $5,000.00 |
| 5 | Todas las áreas | CURSO | Trabajo en Equipo | PRESENCIAL | Visión Estratégica | 15 | 5 | 20 | 1 | Grupo I,II,III,IV | JUNIO | INAP | 0 | $5,000.00 |
| 6 | Todas las áreas | CURSO | Supervisión Efectiva | PRESENCIAL | Otros | 15 | 5 | 20 | 0 | Grupo I,II,III,IV | JUNIO | INAP | 0 | $5,000.00 |
| 7 | Servicios generales | CURSO | Otros/especifique | PRESENCIAL | Comunicación | 5 | 10 | 11 | 0 | Grupo I,II,III | JUNIO | INAP | 0 | $5,000.00 |
| 8 | Todas las áreas | CURSO | Comunicación Efectiva | PRESENCIAL | Comunicación | 18 | 7 | 25 | 0 | Grupo I,II,III,IV | JUNIO | INAP | 0 | $5,000.00 |
| 9 | Administrativa | CURSO | Cortesía Telefónica | PRESENCIAL | Otros | 10 | 6 | 20 | 0 | Grupo I,II,III,IV | JUNIO | INAP | 0 | $5,000.00 |
| 10 | Administrativa | CURSO | Otros/especifique | PRESENCIAL | Comunicación | 10 | 5 | 20 | 0 | Grupo I,II,III | JUNIO | INAP | | $5,000.00 |
| 11 | Todas las áreas | CURSO | | PRESENCIAL | Liderar con el Ejemplo | 15 | 5 | 20 | 0 | Grupo I,II,III,IV | JUNIO | INAP | | $5,000.00 |
| 12 | Todas las áreas | CURSO | Habilidades De Liderazgo | PRESENCIAL | Integridad/Respeto | 20 | 5 | 25 | 0 | Grupo I,II,III | JUNIO | INAP | | $5,000.00 |
| 13 | Todas las áreas | CURSO | Gestión y Resolución De Conflictos | PRESENCIAL | Otros | 30 | 10 | 40 | 0 | Grupo I,II,III,IV | JUNIO | INAP | | $5,000.00 |
| 14 | Todas las áreas | CURSO | Inteligencia Emocional | PRESENCIAL | Otros | 30 | 5 | 35 | 0 | Grupo I,II,III,IV | JUNIO | INAP | | $5,000.00 |
| 15 | Recursos humanos | CURSO | Diplomado Comportamiento Organizacional | PRESENCIAL | Otros | 25 | 15 | 40 | 2 | Grupo III,IV | JUNIO | INAP | 6,804.00 | $272,160.00 |
| 16 | Todas las áreas | CURSO | Redacción Y Presentación De Informes Técnicos | PRESENCIAL | Otros | 25 | 15 | 40 | 1 | Grupo I,II,III,IV | JUNIO | INAP | 1,990.00 | $79,600.00 |
| 17 | Archivo y correspondencia | CURSO | | PRESENCIAL | | 10 | 10 | 20 | 0 | Grupo I,II,III | JUNIO | INAP | 1104 | $22,080.00 |
| | | | | | | | | | | | | | Total: | $489,800.00 |

| | | |
|---|---|---|
| | En el año 2024 capacitamos 346 colaboradores en diferentes áreas del saber. | |

| Capacitacion Ejecutada | Cantidad de Participantes Sexo Femenino | Cantidad de Participantes Sexo Masculino | Cantidad Total de Participantes |
|---|---|---|---|
| Atencion al Cidadano y Calidad en el Servicio | 23 | 5 | 18 |
| Sistema de Administracion de Denuncias , Quejas Reclamaciones y Sugerencias 311 | 38 | 8 | 30 |
| Taller de Regimen Etico y Diciplinario en Virtud de lo Establecido en la Ley 41-08 de Funcion Publica y su Reglamento Numero 523-09 de Relaciones Laborales | 24 | 2 | 22 |
| Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS) | 22 | 0 | 22 |
| Lucha para la | 9 | 7 | 30 |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencias: informes de capacitaciones, fotos y listados de participantes. | |
| 3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional. | En el año 2023 realizamos las siguientes capacitaciones:<br>-Atención al Ciudadano y Calidad en el Servicio.<br>-Sistema de Administración de Denuncias , Quejas Reclamaciones y Sugerencias 311<br>-Lucha para la Inclusión en el Sector Salud (Proyecto LISS).<br>-Taller Preserva "Cultura Financiera para el Bienestar Sostenible.<br>-Taller Soporte Vital Avanzado Pediátrico.<br>-Humanizacion de los Servicios de Salud.<br>-Sensibilización al Personal Sanitario (Lucha para la inclusión en el Sector Salud, Proyect LISS).<br>-Trabajo en Equipo.<br>-Diplomado en Gestión Hospitalaria.<br>-Taller sobre el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo en la Administración Publica.<br> | |

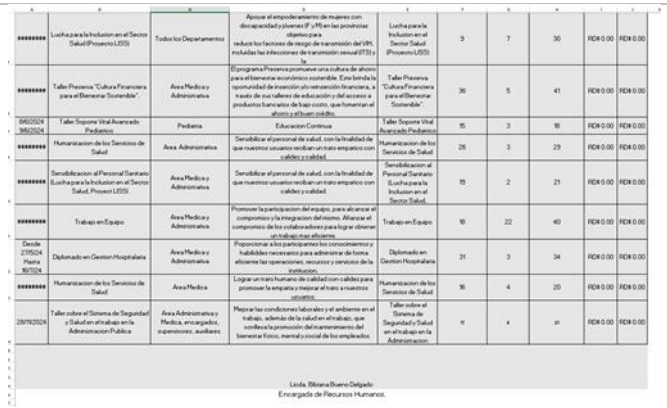
inap

Informe Trimestral de Ejecucion Plan de Capacitacion
Fecha: Enero-Diciembre, 2024
Trimestre Correspondiente: Todos

Institución: HOSPITAL DR VINICIO CALVENTI

| Fecha | Capacitación Programada | Area Requerida | Conocimiento/ Competencias a Desarrollar o Fortalecer | Capacitacion Ejecutada | Cantidad de Participantes Area Funcional | Cantidad de Participantes Area | Cantidad Total de Participantes | Costo Unitario | Costo total del Programa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 30/09/2024 | Atencion al Ciudadano y Calidad en el Servicio | Atencion al Usuario, Enfermeria, Seguridad, Cavancadia, Seguros Medicos y Facturacion.) | Conocer en qué consiste la atención a clientes. Diferenciar los procesos de la atención, servicio y experiencia cliente. Comprender los fundamentos teóricos de atención al cliente. Conocer, comprender y aplicar las técnicas efectivas asociadas con la atención al cliente. | Atencion al Ciudadano y Calidad en el Servicio | 20 | 1 | 16 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |
| ******* | Sistema de Administracion de Denuncias , Quejas Reclamaciones y Sugerencias 311 | Todos los Departamentos | El Sistema 311 es el servicio del Gobierno de la República Dominicana cuyo propósito es la canalización de las denuncias, quejas, reclamaciones y sugerencias de los ciudadanos hacia las instituciones u organismos públicos a los que les corresponde dar respuesta a las mismas. | Sistema de Administracion de Denuncias , Quejas Reclamaciones y Sugerencias 311 | 30 | 8 | 30 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |
| ******* | Taller de Regimen Etico y Disciplinario en Virud de lo Establecido en la Ley 41-08 de Funcion Publica y su Reglamento Numero 523-09 de Relaciones Laborales | Area Medica y Administrativa | El presente Reglamento tiene por objetivo desarrollar las disposiciones de la Ley 41-08 que regulan las relaciones de trabajo y conducta entre los órganos del Estado y los funcionarios y servidores públicos para garantizar la paz laboral. | Taller de Regimen Etico y Disciplinario en Virud de lo Establecido en la Ley 41-08 de Funcion Publica y su Reglamento Numero 523-09 de Relaciones | 24 | 2 | 22 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |
| ******* | Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS) | Todos los Departamentos | Apoyar el empoderamiento de mujeres con discapacidad y jóvenes (F y M) en las provincias objetivo para reducir los factores de riesgo de transmisión del VIH, incluidas las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la | Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS) | 22 | 6 | 22 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |
| ******* | Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS) | Todos los Departamentos | Apoyar el empoderamiento de mujeres con discapacidad y jóvenes (F y M) en las provincias objetivo para reducir los factores de riesgo de transmisión del VIH, incluidas las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la | Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS) | 9 | 7 | 30 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |
| | | | El programa Preserva promueve una cultura de ahorro para el bienestar económico sostenible. Este brinda la | Taller Preserva | | | | | |

Hoja1



| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ******** | Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS) | Todos los Departamentos | Apoyar el empoderamiento de mujeres con discapacidad y jóvenes (F y M) en las provincias objetivo para reducir los factores de riesgo de transmisión del VIH, incluidas las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la | Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS) | 9 | 7 | 30 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |
| ******** | Taller Preserva "Cultura Financiera para el Bienestar Sostenible". | Área Medica y Administrativa | El programa Preserva promueve una cultura de ahorro para el bienestar económico sostenible. Este brinda la oportunidad de inserción y/o retención financiera, a través de sus talleres de educación y del acceso a productos bancarios de bajo costo, que fomentan el ahorro y el buen crédito. | Taller Preserva "Cultura Financiera para el Bienestar Sostenible". | 36 | 5 | 41 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |
| 8/6/2024 3/6/2024 | Taller Soporte Vital Avanzado Pediatrico | Pediatria | Educacion Continua | Taller Soporte Vital Avanzado Pediatrico | 15 | 3 | 18 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |
| ******** | Humanizacion de los Servicios de Salud | Area Administrativa | Sensibilizar el personal de salud, con la finalidad de que nuestros usuarios reciban un trato empatico con calidez y calidad. | Humanizacion de los Servicios de Salud | 26 | 3 | 29 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |
| ******** | Sensibilizacion al Personal Sanitario (Lucha para la Inclusion en el Sector Salud, Proyecto LISS) | Área Medica y Administrativa | Sensibilizar el personal de salud, con la finalidad de que nuestros usuarios reciban un trato empatico con calidez y calidad. | Sensibilizacion al Personal Sanitario (Lucha para la Inclusion en el Sector Salud, | 19 | 2 | 21 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |
| ******** | Trabajo en Equipo | Área Medica y Administrativa | Promover la participacion del equipo, para alcanzar el compromiso y la integracion del mismo. Alianzar el compromiso de los colaboradores para lograr obtener un trabajo mas eficiente. | Trabajo en Equipo | 18 | 22 | 40 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |
| Desde 27/5/24 Hasta 16/7/24 | Diplomado en Gestion Hospitalaria | Área Medica y Administrativa | Proporcionar a los participantes los conocimientos y habilidades necesarios para administrar de forma eficiente las operaciones, recursos y servicios de la institucion. | Diplomado en Gestion Hospitalaria | 31 | 3 | 34 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |
| ******** | Humanizacion de los Servicios de Salud | Área Medica | Lograr un trato humano de calidad con calidez para promover la empatia y mejorar el trato a nuestros usuarios. | Humanizacion de los Servicios de Salud | 16 | 4 | 20 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |
| 28/11/2024 | Taller sobre el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo en la Administracion Publica | Área Administrativa y Medica, encargados, supervisores, auxiliares | Mejorar las condiciones laborales y el ambiente en el trabajo, además de la salud en el trabajo, que conlleva la promoción del mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los empleados | Taller sobre el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo en la Administracion. | 11 | 4 | 21 | RD$ 0.00 | RD$ 0.00 |

Linda. Bibiana Bueno Delgado
Encargada de Recursos Humanos.

En el año 2024 capacitamos 346 colaboradores en diferentes áreas del saber.

| Capacitacion Ejecutada | Cantidad de Participantes Sexo Femenino | Cantidad de Participantes Sexo Masculino | Cantidad Total de Participantes |
|---|---|---|---|
| Atencion al Cidadano y Calidad en el Servicio | 23 | 5 | 18 |
| Sistema de Administracion de Denuncias , Quejas Reclamaciones y Sugerencias 311 | 38 | 8 | 30 |
| Taller de Regimen Etico y Diciplinario en Virtud de lo Establecido en la Ley 41-08 de Funcion Publica y su Reglamento Numero 523-09 de Relaciones Laborales | 24 | 2 | 22 |
| Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS) | 22 | 0 | 22 |
| Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS) | 9 | 7 | 30 |
| Taller Preserva "Cultura Financiera para el Bienestar Sostenible". | 36 | 5 | 41 |
| Taller Soporte Vital Avanzado Pediatrico | 15 | 3 | 18 |
| Humanizacion de los Servicios de Salud | 26 | 3 | 29 |
| Sensibilizacion al Personal Sanitario (Lucha para la Inclusion en el Sector Salud, Proyect LISS) | 19 | 2 | 21 |
| Trabajo en Equipo | 18 | 22 | 40 |
| Diplomado en Gestion Hospitalaria | 31 | 3 | 34 |
| Humanizacion de los Servicios de Salud | 16 | 4 | 20 |
| Taller sobre el Sistema | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | Evidencias:<br>Plan de Capacitaciones 2024, listados de participantes, fotos. | |

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

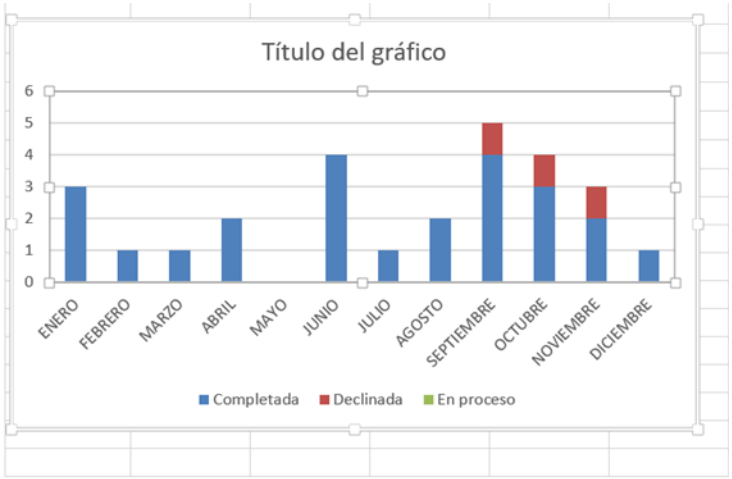
**1. Resultados generales en las personas.**

| 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.). | Nuestro centro cuenta con colaboradores desde nuestros inicios, que permanecen en sus puestos y otros al pasar de los años han sido promovidos.<br>La lealtad y el compromiso de un alto porcentaje de los colaboradores hace que los usuarios permanezcan con el tiempo, poniendo en nuestras manos sus familias.<br>En los periodos de huelga, el centro permanece con las puertas abiertas y damos el servicio a nuestros usuarios sin restricciones.<br>Existen formularios para: licencias, permisos, rotación del personal, cambios de servicios, amonestaciones, vacaciones e incidentes.<br>Evidencias:<br>Formulario de acción de personal, reporte de absentismo laboral | |
| 2. Nivel de participación en actividades de mejora. | Todo el recurso humano del centro participa en los planes de mejora.<br>En la encuesta de clima laboral 2023, la colaboración y participación arrojo 92,88%. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Esto nos dice que nuestros colaboradores participan en las reuniones importantes para la mejora continua de nuestros servicios.<br>Evidencia:<br>Encuesta de clima laboral. | |
| 3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados. | La institución presta mucha atención a los conflictos, por lo que presta mucho interés al cumplimiento de los valores.<br>El comité de Ética siempre activo, para evitar conflictos.<br>En el año 2023-2024 no hemos tenido intervenciones del comité de Ética.<br>Evidencias:<br>Valores institucionales, comité de ética. | |
| 4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social. | Tenemos un personal involucrado en cada una de las actividades que realizamos, en las cuales participan con mucho entusiasmo y colaboración. Actividad de cultura de valores en el cine, desayuno de cultura de valores, el día del abrazo, operativos médicos de ayuda a las comunidades.<br>Evidencias:<br>Aatención al usuario colaborando con el usuario, actividad en base a una cultura de valores, fotos de actividades. | |
| 5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes). | De acuerdo a nuestra última encuesta de clima laboral el personal valoro la institución en el acápite de reconocimiento laboral en 87%. En capacidad de desarrollo 91,69%.<br>En la encuesta de satisfacción al usuario arrojo los siguientes datos con respecto a:<br>-Recomendarías a otra persona a atenderse 97,8%.<br>-Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió entre buena y muy buena.<br>-Cómo califica la profesionalidad del personal que le atendió. Entre buen y buena.<br>-Como considero la facilidad y rapidez del servicio brindado. Entre buen y muy buena.<br>-Cómo percibe el manejo de las informaciones del personal que le atendió. Entre buena y buena. | |

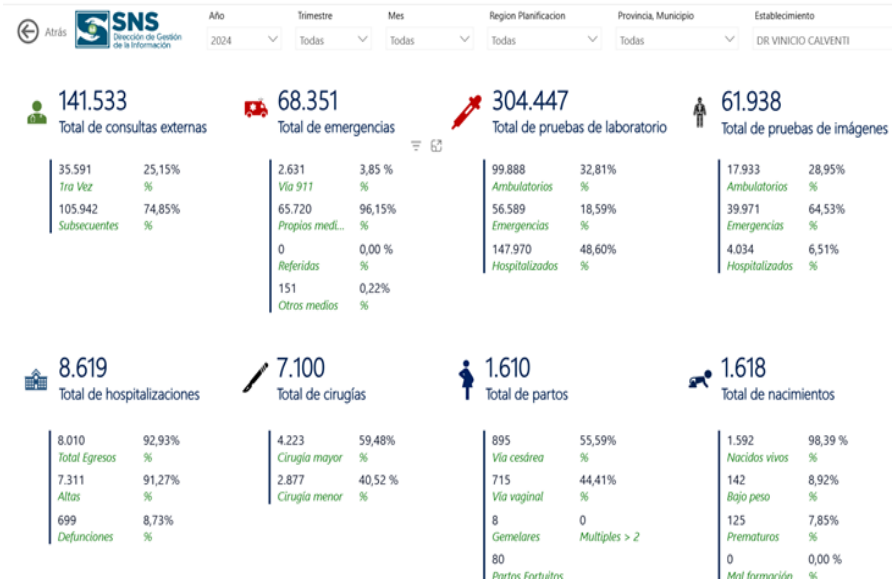
-Como considera el acceso a los servicios solicitados. Entre buena y muy buena.
-Como considera el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados. Entre buena y muy buena.
QDRS 2024

| Num | Mes | Completada | Declinada | En proceso |
|---|---|---|---|---|
| I | ENERO | 3 | 0 | 0 |
| II | FEBRERO | 1 | 0 | 0 |
| III | MARZO | 1 | 0 | 0 |
| IV | ABRIL | 2 | 0 | 0 |
| V | MAYO | 0 | 0 | 0 |
| VI | JUNIO | 4 | 0 | 0 |
| VII | JULIO | 1 | 0 | 0 |
| VII | AGOSTO | 2 | 0 | 0 |
| IX | SEPTIEMBRE | 4 | 1 | 0 |
| X | OCTUBRE | 3 | 1 | 0 |
| XI | NOVIEMBRE | 2 | 1 | 0 |
| XII | DICIEMBRE | 1 | 0 | 0 |
| Total | | | 27 | |




videncias:
Encuesta de clima laboral y encuesta de satisfacción al usuario, QDRS.

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

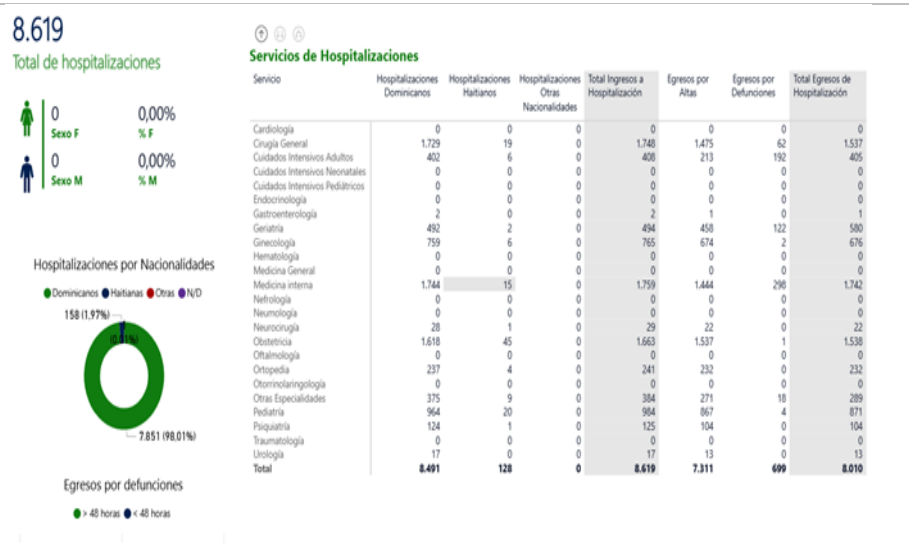
| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| **Resultados de Indicadores relacionados con**:<br>~~1.~~ El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones. | En cuanto a la Producción Hospitalaria podemos mostrar las siguientes tablas.<br>Atenciones<br>  | |

Consulta Externa

**Servicios de Consulta Externa**

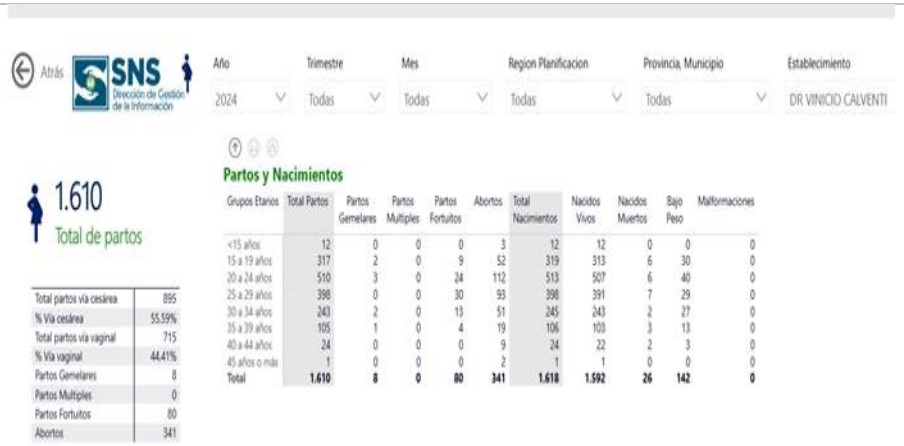
| Servicio | 1ra Vez | Subsecuentes | Total Consulta Externa | Afiliados a SENASA | Afiliados a otras ARS | No Asegurados | Consultas Sexo F | Consultas Sexo M |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pediatría | 853 | 8.952 | 9.805 | 2.363 | 185 | 7.257 | 5.077 | 4.728 |
| Obstetricia | 1.434 | 7.429 | 8.863 | 1.477 | 38 | 7.348 | 8.863 | 0 |
| Medicina Familiar | 3.912 | 4.893 | 8.805 | 2.549 | 140 | 6.116 | 6.116 | 2.689 |
| Servicios de VIH | 215 | 6.798 | 7.013 | 0 | 0 | 7.013 | 3.840 | 3.173 |
| Infectología | 491 | 6.074 | 6.565 | 582 | 12 | 5.971 | 3.627 | 2.938 |
| Ginecología | 541 | 5.914 | 6.455 | 1.300 | 41 | 5.114 | 6.455 | 0 |
| Cirugía General | 1.678 | 4.561 | 6.239 | 675 | 24 | 5.540 | 3.359 | 2.880 |
| Cardiología | 2.230 | 3.980 | 6.210 | 2.814 | 97 | 3.299 | 4.467 | 1.743 |
| Consejería | 910 | 5.240 | 6.150 | 57 | 7 | 6.086 | 4.094 | 2.056 |
| Odontología | 3.013 | 2.794 | 5.807 | 497 | 46 | 5.264 | 4.029 | 1.778 |
| Medicina Interna | 2.210 | 3.157 | 5.367 | 648 | 33 | 4.686 | 3.908 | 1.459 |
| Ortopedia | 1.269 | 3.940 | 5.209 | 430 | 19 | 4.760 | 2.759 | 2.450 |
| Planificación Familiar | 743 | 4.083 | 4.826 | 207 | 16 | 4.603 | 4.806 | 20 |
| Psicología | 1.710 | 2.857 | 4.567 | 849 | 165 | 3.553 | 2.796 | 1.771 |
| Geriatría | 530 | 3.851 | 4.381 | 256 | 7 | 4.118 | 2.819 | 1.562 |
| Gastroenterología | 1.416 | 2.792 | 4.208 | 1.056 | 28 | 3.124 | 3.103 | 1.105 |
| Psiquiatría | 522 | 3.386 | 3.908 | 241 | 19 | 3.648 | 2.488 | 1.420 |
| Urología | 472 | 2.611 | 3.083 | 777 | 26 | 2.280 | 513 | 2.570 |
| Oftalmología | 1.279 | 1.748 | 3.027 | 909 | 52 | 2.066 | 2.055 | 972 |
| Otras Consultas | 1.140 | 1.653 | 2.793 | 294 | 16 | 2.483 | 2.053 | 740 |
| Neurología | 923 | 1.848 | 2.771 | 86 | 1 | 2.684 | 1.723 | 1.048 |
| Endocrinología | 358 | 2.261 | 2.619 | 147 | 20 | 2.452 | 2.289 | 330 |
| Nutrición | 1.028 | 1.489 | 2.517 | 350 | 12 | 2.155 | 2.232 | 285 |
| Perinatología | 757 | 1.730 | 2.487 | 433 | 56 | 1.998 | 1.220 | 1.267 |
| Neumología | 816 | 1.527 | 2.343 | 425 | 21 | 1.897 | 1.488 | 855 |
| Otorrino | 1.085 | 1.163 | 2.248 | 713 | 63 | 1.472 | 1.471 | 777 |
| Oncología | 49 | 2.194 | 2.243 | 679 | 27 | 1.537 | 2.235 | 8 |
| Diabetología | 854 | 1.332 | 2.186 | 336 | 16 | 1.834 | 1.613 | 573 |
| Dermatología | 719 | 1.423 | 2.142 | 550 | 117 | 1.475 | 1.551 | 591 |
| Hematología | 539 | 1.148 | 1.687 | 535 | 13 | 1.139 | 1.301 | 386 |
| Nefrología | 401 | 785 | 1.186 | 119 | 1 | 1.066 | 681 | 505 |
| Fisiatría | 497 | 539 | 1.036 | 25 | 0 | 1.011 | 590 | 446 |
| Neurocirugía | 386 | 438 | 824 | 166 | 7 | 651 | 538 | 286 |
| Cirugía Pediátrica | 106 | 378 | 484 | 92 | 2 | 390 | 122 | 362 |
| Cirugía Plástica | 57 | 407 | 464 | 5 | 0 | 459 | 439 | 25 |
| Cirugía Cardiovascular | 219 | 199 | 418 | 137 | 6 | 275 | 345 | 73 |
| Maxilofacial | 197 | 207 | 404 | 11 | 1 | 392 | 191 | 213 |
| Anestesiología | 13 | 138 | 151 | 7 | 1 | 143 | 117 | 34 |
| Servicios de TB | 19 | 23 | 42 | 0 | 0 | 42 | 13 | 29 |
| **Total** | **35.591** | **105.942** | **141.533** | **22.797** | **1.335** | **117.401** | **97.386** | **44.147** |

Hospitalizaciones




Cirugías

Partos

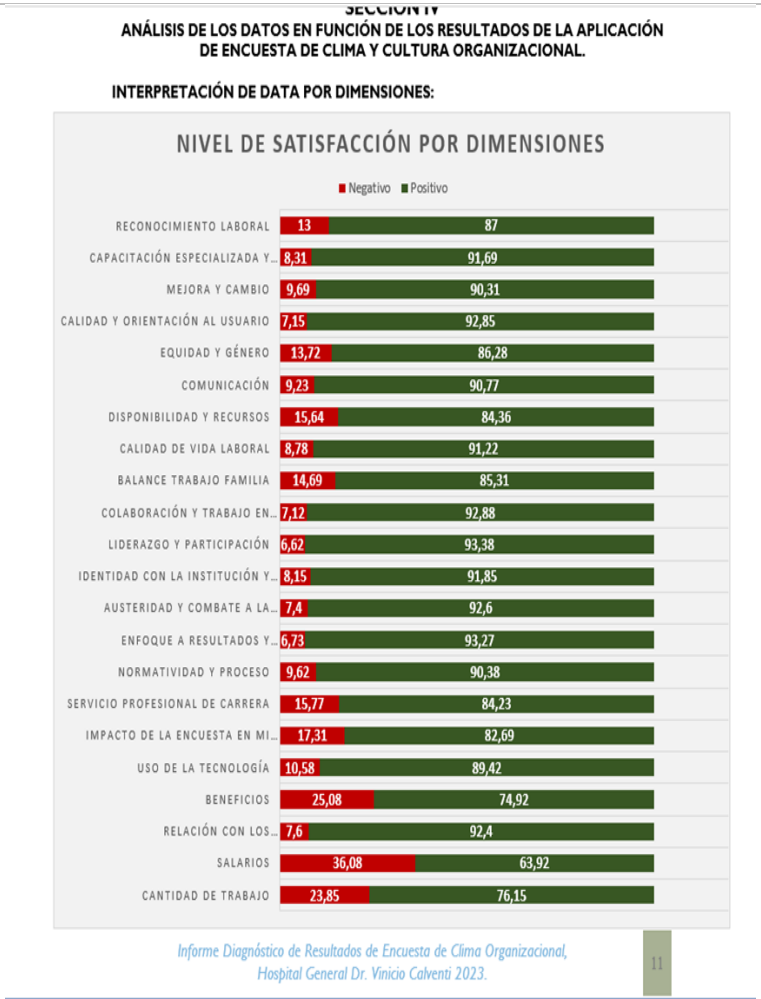



Productividad comparativa

| AÑO | PRODUCTIVIDAD CONSULTA | PRODUCTIVIDAD EMERGENCIAS | PRODUCTIVIDAD LABORATORIO |
|---|---|---|---|
| 2022 | 126,475 atenciones | 53,787 atenciones | 300,833 atenciones |
| 2023 | 133,556 atenciones | 75,376 atenciones | 310.112 atenciones |
| 2024 | 141,533 atenciones | 68,351 atenciones | 304,447 atenciones |

| | | |
|---|---|---|
| | Meta proyectada y meta alcanzada<br><br>Evidencias:<br>Encuesta clima laboral, reporte de productividad por área 67A y repositorio SNS. | |
| **2.** El uso de herramientas digitales de información y comunicación. | En los resultados de la encuesta en la dimensión uso de la tecnología se obtuvieron los siguientes resultados.<br>Uso de la tecnología 89,42%<br>Comunicación 90,77% | |

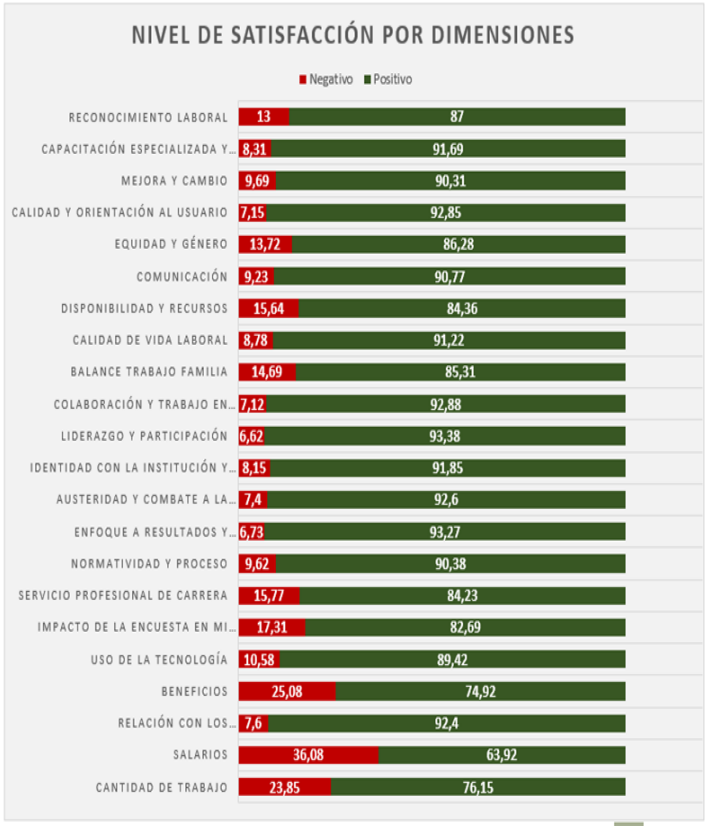
| Meta Lograda Año 2022 | Meta Proyectada a Lograr Año 2023 | Meta Proyectada Año 2024 | Meta Lograda actual periodo Año 2024 |
|---|---|---|---|
| **126.475** | **133.556** | **141.342** | **141.533** |
| 28445 | 32644 | 37463 | 35531 |
| 98030 | 100912 | 103879 | 105.942 |
| **53787** | **40.363** | **60.579** | **68.351** |
| 53787 | 40363 | 60.579 | 68.351 |
| **9348** | **12.577** | **17.286** | **8.619** |
| | | | 0 |
| 1528 | 2240 | 3.284 | 1.748 |
| 672 | 1250 | 2.325 | 759 |
| 2495 | 3050 | 3.728 | 1.663 |
| 1256 | 1462 | 1.702 | 984 |
| 2 | 4 | 8 | 0 |
| 33 | 44 | 59 | 1 |
| 1 | 1 | 1 | 0 |
| 1404 | 2083 | 3.090 | 1.759 |
| 244 | 335 | 460 | 241 |
| 5 | 6 | 7 | 0 |
| | | | |
| 295 | 455 | 702 | 408 |
| 1413 | 1647 | 1.920 | 923 |
| **354594** | **368.324** | **382.709** | **366.385** |
| 300.833 | 310112 | 319677 | 304.447 |
| 53.761 | 58212 | 63032 | 61.938 |

| | | |
|---|---|---|
| |  <br>Evidencia: encuesta clima laboral 2023 | |
| 3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas). | En los resultados de la encuesta de clima laboral en la dimensión capacitación especializada y desarrollo se obtuvo 91,69% de satisfacción. | |

**SECCIÓN IV**

**ANÁLISIS DE LOS DATOS EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTA DE CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL.**

**INTERPRETACIÓN DE DATA POR DIMENSIONES:**



| Capacitacion Ejecutada | Cantidad de Participantes Sexo Femenino | Cantidad de Participantes Sexo Masculino | Cantidad Total de Participantes |
|---|---|---|---|
| Atencion al Cidadano y Calidad en el Servicio | 23 | 5 | 18 |
| Sistema de Administracion de Denuncias , Quejas Reclamaciones y Sugerencias 311 | 38 | 8 | 30 |
| Taller de Regimen Etico y Diciplinario en Virtud de lo Establecido en la Ley 41-08 de Funcion Publica y su Reglamento Numero 523-09 de Relaciones Laborales | 24 | 2 | 22 |
| Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS) | 22 | 0 | 22 |
| Lucha para la Inclusion en el Sector Salud (Proyecto LISS) | 9 | 7 | 30 |
| Taller Preserva "Cultura Financiera para el Bienestar Sostenible". | 36 | 5 | 41 |
| Taller Soporte Vital Avanzado Pediatrico | 15 | 3 | 18 |
| Humanizacion de los Servicios de Salud | 26 | 3 | 29 |
| Sensibilizacion al Personal Sanitario (Lucha para la Inclusion en el Sector Salud, Proyect LISS) | 19 | 2 | 21 |
| Trabajo en Equipo | 18 | 22 | 40 |
| Diplomado en Gestion Hospitalaria | 31 | 3 | 34 |
| Humanizacion de los Servicios de Salud | 16 | 4 | 20 |
| Taller sobre el Sistema | | | |

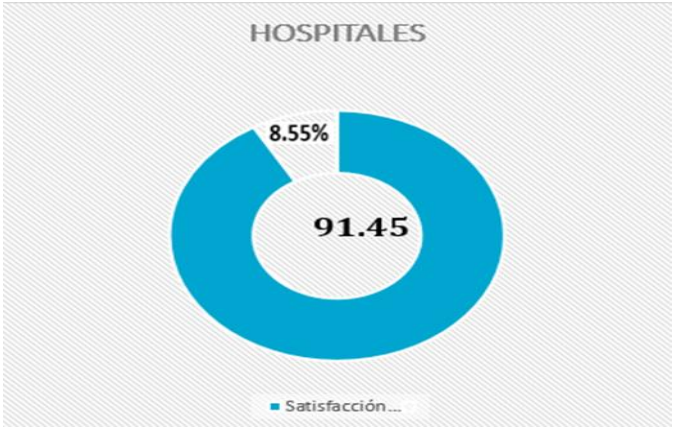
| | | |
|---|---|---|
| | En 2024 se ha capacitado a 391 colaboradores., que corresponde a un 25% de colaboradores, con un 16% mayor que el año 2023<br>Evidencias:<br>Plan de capacitaciones, seguimiento al plan de capacitaciones | |
| 4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos. | Nuestra institución reconoce al empleado y expresa sus logros en público en las entregas de guardia y reuniones especiales. Realizamos reconocimiento en el día de las secretarias y día del trabajador.<br>En la fecha que la institución cumpleaños, reconoce el tiempo y trayectoria de los empleados.<br>Evidencias:<br>Fotos y certificados. | |

## 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

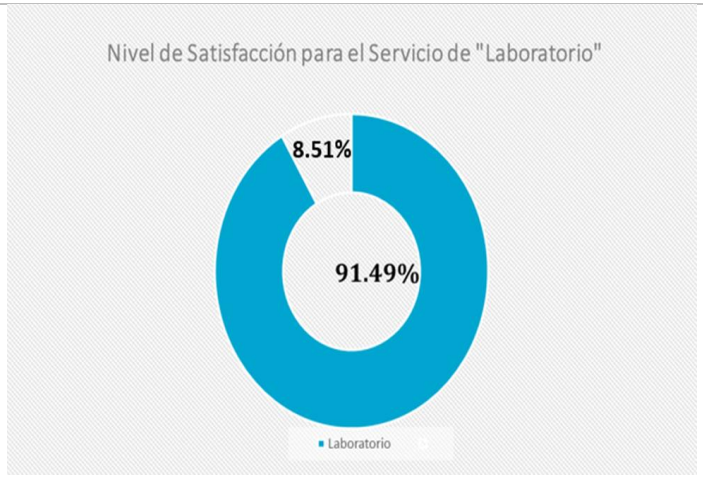
| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc. | Nuestra comunidad nos valora con un alto índice de satisfacción ya que abarcamos más de un 95% de sus necesidades, siendo el hospital de más alto nivel de nuestra demarcación y por ser los Alcarrizos un municipio alejado de la ciudad representamos un componente beneficioso socioeconómico. Nuestra participación en actividades humanitarias representa un fuerte en nuestra institución ya que contamos con un enlace en la comunidad el cual nos mantiene informado inmediatamente sucede alguna situación en la que nosotros como centro de salud podemos aportar.<br>Nuestros residentes de medicina familiar y geriatría junto con su MA realizan las visitas comunitarias a aquellos envejecientes y discapacitados que no pueden trasladarse al centro.<br>Ayuda a operativos médicos.<br>Jornada Quirúrgica 2021 de Neurocirugía y Vascular (Hernia Discal, Prótesis Aorta Bifemoral, Endarterectomia Carotidea, Tumor Gigante de Glándula Submaxilar). Procedimientos de Alto Costo. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Jornada Quirúrgica 2022 de cirugía de colocación de malla protésica a pacientes con hernia inguinal e incisionales para un total de 15 pacientes.<br>Colaboración Jornada Quirúrgica de colecistectomía Laparoscópica en el Hospital Dr. Ney Arias Lora.<br>En el 2023-2024 jornadas con operación sonrisa.<br>Hemos ejecutado limpieza de todo el perímetro del hospital con la participación de instituciones comunitarias como el ayuntamiento, los bomberos, grupos organizados comunitarios, entre otros.<br>Evidencias:<br>Fotos de las visitas comunitarias, fotos y listados de las jornadas quirúrgicas, fotos de las limpiezas realizadas con ayuda de diferentes grupos. | |
| 2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global. | En la encuesta de Satisfacción al usuario se obtuvo con el siguiente porcentaje de satisfacción.<br>Nosotros recibimos pacientes de todas las provincias, tanto referidos de otras instituciones, como por sus propios medios. Lo que nos hace pensar que somos elegidos por la buena reputación que tenemos en los servicios que brindamos.<br>Encuesta de satisfacción año 2024<br>Satisfacción General 91.45%.<br>  | |

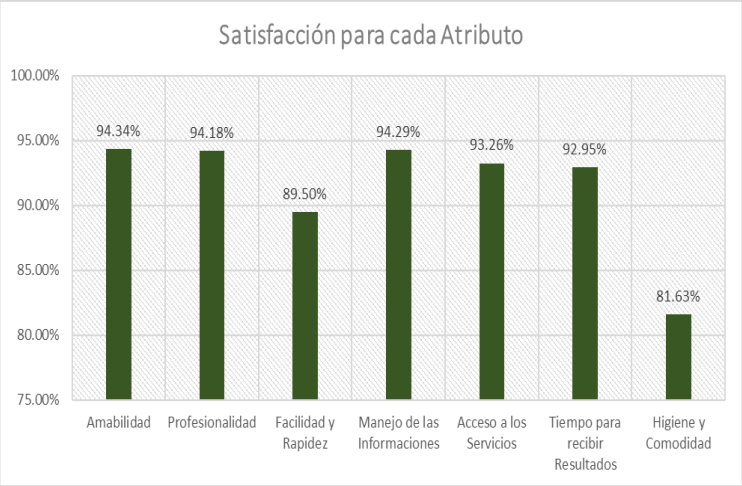
Consulta externa 92.87%

Hospitalización 92.40%

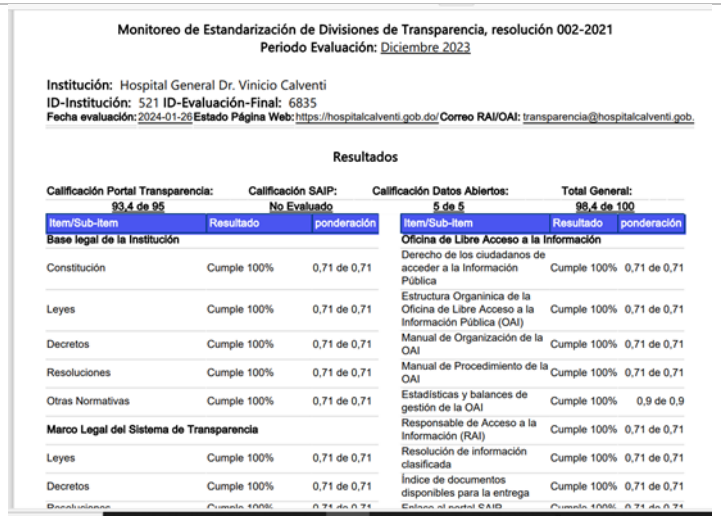
Laboratorio 91.49%




Emergencias 89.38%

| | | |
|---|---|---|
| |  <br>Evidencias:<br>Encuesta de satisfacción al usuario 2024 | |
| 3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país. | Nuestra institución representa el fuerte a nivel de servicios de salud de estas localidades, representa una reducción de morbilidades medico patológicas transmisibles y no transmisibles.<br>En nuestra localidad impacto socioeconómico ya que sus moradores debían transportarse a grandes distancias para conseguir servicios especializados de salud y nosotros brindamos desde servicios generales médicos hasta subespecialidades. Tenemos en nuestra nomina una gran cantidad de empleados que residen en la localidad.<br>A nivel nacional somos un hospital de referencia. Damos soporte a las universidades para rotación de médicos internos, pasantes y residentes. Somos referentes como hospital docente.<br>Evidencias:<br>Actividad de residencias médicas del hospital y personal que reside en los Alcarrizos/ Cartera de Servicios, 67A producción de servicios. | |
| 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 | Nuestros usuarios por medio de las expresiones verbales, encuestas al usuarios nos evidencias tener una gran credibilidad y seguridad de sus expedientes, que nuestros valores y éticas predominan en nuestros proveedores.<br>A nivel de la opinión de nuestros empleados con la gestión actual han tenido la esperanza y la credibilidad de presentar sus inquietudes y | |

| | | |
|---|---|---|
| la igualdad, permanencia en el servicio, etc.). | necesidades, de las cuales ya varias han sido resueltas, lo que ha provocado la motivación de muchos empleados a mejorar la calidad de sus trabajos y a crecer el entusiasmo de que seguirán en mejoras de las condiciones existentes.<br>Valoración del Portal de Transparencia<br>2022, 96.45 de 100<br> <br>GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA<br>ÉTICA E INTEGRIDAD GUBERNAMENTAL<br>**Dirección de Transparencia y Gobierno Abierto**<br>**Monitoreo de Estandarización de Divisiones de Transparencia, resolución 002-2021**<br>**Periodo Evaluación:** Diciembre 2022<br>**Institución:** Hospital General Dr. Vinicio Calventi<br>**ID-Institución:** 521 **ID-Evaluación-Final:** 4050<br>**Fecha evaluación:** 2023-01-27 **Estado Página Web:** https://hospitalcalventi.gob.do **Correo RAI/OAI:** transparencia@hospitalcalventi.gob<br>**Resultados**<br>**Calificación Portal Transparencia:** 91 de 95 — **Calificación SAIP:** No Evaluado — **Calificación Datos Abiertos:** 5 de 5 — **Total General:** 96.45 de 100<br>Item/Sub-item \| Resultado \| ponderación<br>Base legal de la Institución<br>Constitución \| Cumple 100% \| 0.71 de 0.71<br>Leyes \| Cumple 100% \| 0.71 de 0.71<br>Item/Sub-item \| Resultado \| ponderación<br>Oficina de Libre Acceso a la Información<br>Derecho de los ciudadanos de acceder a la Información Pública \| Cumple 100% \| 0.71 de 0.71<br>Estructura Organinica de la Oficina de Libre Acceso a la Información Pública (OAI) \| Cumple 100% \| 0.71 de 0.71<br>2023, 96.4 DE 100 | |

| | | |
|---|---|---|
| |  <br>Monitoreo de Estandarización de Divisiones de Transparencia, resolución 002-2021<br>Período Evaluación: Diciembre 2023<br>**Institución:** Hospital General Dr. Vinicio Calventi<br>**ID-Institución:** 521 **ID-Evaluación-Final:** 6835<br>**Fecha evaluación:** 2024-01-26 **Estado Página Web:** https://hospitalcalventi.gob.do/ **Correo RAI/OAI:** transparencia@hospitalcalventi.gob.<br>Resultados<br>**Calificación Portal Transparencia:** 93,4 de 95 **Calificación SAIP:** No Evaluado **Calificación Datos Abiertos:** 5 de 5 **Total General:** 98,4 de 100<br>Item/Sub-item / Resultado / ponderación<br>Base legal de la Institución<br>Constitución — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>Leyes — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>Decretos — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>Resoluciones — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>Otras Normativas — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>Marco Legal del Sistema de Transparencia<br>Leyes — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>Decretos — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>Oficina de Libre Acceso a la Información<br>Derecho de los ciudadanos de acceder a la Información Pública — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>Estructura Organinica de la Oficina de Libre Acceso a la Información Pública (OAI) — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>Manual de Organización de la OAI — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>Manual de Procedimiento de la OAI — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>Estadísticas y balances de gestión de la OAI — Cumple 100% — 0,9 de 0,9<br>Responsable de Acceso a la Información (RAI) — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>Resolución de información clasificada — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>Índice de documentos disponibles para la entrega — Cumple 100% — 0,71 de 0,71<br>2024, 99.4 de 100<br> <br>REPÚBLICA DOMINICANA<br>Ética e Integridad Gubernamental<br>Dirección de Transparencia y Gobierno Abierto<br>Resolución 002-2021<br>Período de Evaluación: Diciembre 2024<br>**Institución:** Hospital General Dr. Vinicio Calventi<br>**ID-Institución:** 521<br>**ID-Evaluación:** 16522<br>**Fecha de evaluación:** 30/ene/2025 **Página web:** https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia/ **Correo RAI/OAI:** transparencia@hospitalcalventi.gob.do<br>Resultados<br>**Total general:** 99.04 de 100.00<br>ITEM/SUB-ÍTEM / RESULTADO / PONDERACIÓN<br>1. Base legal de la institución<br>Constitución — Cumple 100% — 0.71 de 0.71<br>Leyes — Cumple 100% — 0.71 de 0.71<br>Decretos — Cumple 100% — 0.71 de 0.71<br>Resoluciones — Cumple 100% — 0.71 de 0.71<br>Otras Normativas — Cumple 100% — 0.71 de 0.71<br>ITEM/SUB-ÍTEM / RESULTADO / PONDERACIÓN<br>2. Marco legal del Sistema de Transparencia<br>4. Estructura Organica de la Institución<br>Estructura Organica de la Institución — Cumple 100% — 2.21 de 2.21<br>ITEM/SUB-ÍTEM / RESULTADO / PONDERACIÓN<br>5. Planificación estratégica<br>Plan estratégico — Cumple 100% — 2.21 de 2.21<br>Plan Operativo Anual (POA) — Cumple 100% — 2.21 de 2.21<br>Memorias institucionales — Cumple 100% — 1.21 de 1.21<br>Evidencias:<br>Encuesta de clima laboral/ encuesta de satisfacción al usuario/ Portal de Transparencia. | |
| 5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional | En el año 2022 inauguramos el departamento de Atención Integral de Adolescentes y para el año 2023 se evaluaron 1231 embarazadas adolescentes. | |

| | | |
|---|---|---|
| (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.). | En el año 2024 recibieron atenciones por consulta adolescentes 10561 usuarios y embarazadas 1976.<br>Adquisición de un tomógrafo.<br>Reacondicionamos nuestra máquina de hacer oxígeno, lo que nos ha llevado a una reducción del gasto utilizado en la compra que realizábamos de este, ya que es un insumo de alto consumo en nuestro centro.<br>Área Mama Canguro y consulta externa.<br>Programa prevencion de retinopatía en prematuros.<br>Unidad de Dermatología y Cosmeatria.<br>Unidad de Cirugía Plástica y Bariátrica<br>El Hospital Vinicio Calventi inauguró el 9 de enero 2024 una nueva área para realizar estudios de Ecocardiograma, Holter las 24 horas, beneficiando a la población de Los Alcarrizos.<br>Evidencias:<br>Departamento de Adolescente, tomógrafo y habitación Mama Canguro. Fotos de áreas. | |
| 6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad. | Hemos realizado varias encuestas de clima laboral donde se percibe el porciento o grado de satisfacción de nuestros servicios y empleados.<br>Los cambios gerenciales y administrativos pueden cambiar en consecuencia de los cambios de las autoridades, pero los puestos de los médicos y demás profesionales de la salud permanecen sin cambios, al menos que sea para reclasificación de puesto por sus competencias adquiridas.<br>Evidencias:<br>Reclasificaciones de puestos y análisis de encuestas a usuarios externos, encuestas de clima laboral. | |
| 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.). | Nuestra institución participa con los comunitarios a través de nuestra subdirectora operativa, recibimos comunicaciones de todos los sectores de nuestra demarcación, participamos en los operativos que nos invitan.<br>Participamos en actividades de la iglesia católica, donde también realizamos actos en nuestra institución donde participan representantes de las iglesias de la demarcación.<br>Las escuelas envían los estudiantes a realizar las horas de labor social. Escuelas de enfermería envían a realizar la pasantía de estos a nuestra institución. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Nuestra ayuda en la comunidad es llevar nuestros servicios a esas comunidades, prestar espacio físico para sus capacitaciones por medio de nuestro personal a los estudiantes, pasantes, residentes.<br>Cualquier institución pública y privada tiene las puertas abiertas para solicitar nuestra cooperación.<br>Evidencias:<br>Operativos solicitados de manera externa/ pasantías de enfermería y psicología, pasantía politécnico, rotaciones de médicos internos, pre internos y residentes. | |
| 8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios. | Recibimos felicitaciones y certificado del SNS por el reporte oportuno de las semanas epidemiológicas.<br>Recibimos felicitaciones por el MAP, por tener ordenadas todas las evidencias del seguimiento de nuestra Carta Compromiso al Ciudadano y a la vez nos aprobaron la segunda versión de esta 2024-2026.<br>Recibimos el premio del Sismap Salud 2022, segundo lugar.<br>Segundo lugar en el portal transparencia del SNS. | |

**2.3.1 Formas de Presentación de Quejas y Sugerencias**

| Formas de Presentación de Quejas ySugerencias | Tiempo de Respuesta Establecido en la Carta Compromiso | Tiempo de Respuesta Después de la Publicación de laCarta Compromiso (fecha de recepción vs. fecha de respuesta) | Documentos Evidenciado |
|---|---|---|---|
| Buzón de quejas y sugerencias | 15 días | **Abril 2024**, Recibimos el 19 de abril, 1 queja en el laboratorio, Respondida el 25 de Abril. Respondida en 6 días.<br>**Mayo 2024,** Recibimos el 03 de mayo, 1 queja en consulta primer nivel, Respondida el 09 de mayo. Respondida en 6 días.<br>**Junio 2024**, Recibimos el 14 de Junio, 1 queja en Administración, Respondida el 20 de Junio. Respondida en 06 días.<br>**Julio 2024,** No tenemos.<br>**Agosto 2024,** Recibimos el 02 de agosto, 1 sugerencia, en el área de emergencia, Respondida el 07 de agosto. Respondida en 05 días.<br>**Septiembre 2024**, No tenemos.<br>**Octubre 2024**, Recibimos el 11 de Octubre, 1 Sugerencia en el área de consulta primer nivel, Respondida el 17 de Octubre. Respondida en 06 **días.**<br>**Noviembre 2024**, Recibimos el 01 de Noviembre, 1 queja en el área de Hospitalización, Respondida el 05 de Noviembre. Respondida en 04 días.<br>**Diciembre 2024**, Recibimos el 29 de Noviembre, 1 sugerencia en el área de consulta primer nivel, Respondida el 04 de Diciembre. Respondida 05 dias.<br>**Enero 2025,** Recibimos el 17 de Enero, 1 queja en el área de Laboratorio, Respondida el 20 de Enero. Respondida en 03 días.<br>**Febrero 2025**, No tenemos. | Si, formulario de las QDRS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 311 | 15 dias | Marzo 2024 recibidas una(01), el 27-03-2024, respondida el 27-03-2024<br>Abril 2024, Recibidas 02, una (01) el 01/04/2024 y respondida el 09/04/2024., una(01) el 25/04/2024 y respondida el 05/05/2024<br>Mayo 2024, recibidas 00<br>Junio 2024, recibidas 04, una(01) el 06/06/2024, respondida el 17/06/2024, una(01) el 19/06/2024, respondida el 01/07/2024, una el 26/06/2024, respondida el 28/06/2024, una(01) el 26/06/2024, respondida el 16/07/2024<br>Julio 2024. 01 el 03/07/2024, respondida el 15/07/2024<br>Agosto 2024, recibida 02, una(01) el 08/08/2024, respondida el 19/08/2024, una(01) el 28/08/2024, respondida el 03/09/2024<br>Septiembre 2024, recibidas 05, una (01) el 03/09/2024, respondida el 09/09/2024, una (01) el 10/09/2024, respondida el 02/10/2024, una(01) el 10/09/2024, respondida el 02/10/2024, una(01) el 18/09/2024, respondida el 18/09/2024, una(01) el 27/09/2024 respondida el 14/10/2024<br>Octubre 2024, recibida 04, una(01) el12/10/2024 respondida el 14/10/2024, una(01) el 22/10/2024, respondida el 31/10/2024, una(01) el 25/10/2024, responda el 31/10/2024<br>Noviembre 2024, recibida 03, una el 08/11/2024 respondida el 11/11/2024, una (01) el 21/11/2024 respondida el 26/11/2024, una | Si |



| | | | |
|---|---|---|---|
| | | (01) el 29/11/2024, respondida el 13/12/2024.<br>Diciembre 2024, recibida 01, el 17/12/2024, respondida el 23/12/2024<br>Enero 2025, Recibida 00<br>Febrero 2025 recibida 00 | |

Evidencias:

Fotos de redes sociales, y audios enviados a la dirección, 311, Placa de reconocimiento Sismap Salud, reporte comparativo de portales de transparencia de los hospitales, informe de Carta Compromiso al Ciudadano.

**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.). | En cumplimiento a la ley 340-06 de Compras y Contrataciones nuestros proveedores deben poseer los siguientes requisitos:<br>Registros de proveedor del estado<br>Estar al día con las obligaciones fiscales<br>Que genere comprobante gubernamental.<br>En cuanto al ahorro de energía tomamos algunas medidas para el ahorro de energía como son:<br>Apagar las luces de las áreas administrativas, consulta externa y cocina, son las únicas áreas que nos permiten tener control de ahorros de energía. Por la naturaleza del centro los demás departamento se mantienen en funcionamiento 24 horas y los equipos no se pueden desconectar porque pierden su calibración. Por ser una institución de salud y cuidar la bioseguridad de nuestros usuarios la cantidad de envases y residuos reutilizados es muy bajo, esto se debe a que generalmente se utilizan de manera individual para cada paciente.<br>Las normas de bioseguridad no nos permiten utilizar materiales reciclados, pero con relación a la basura es tratada y clasificada según las normas medioambientales y las normas de salud.<br>Realizamos y participamos en actividades para preservar el medio ambiente y para el desarrollo de la comunidad de Los Alcarrizos.<br>Evidencias:<br>Listado de proveedores con todos sus datos, manual de bioseguridad, acta del comité de bioseguridad, formulario de supervisión de apagado de luces. Supervisiones epidemiológicas, Fotos de plantas de tratamiento de agua, contrato de basura, | |
| 2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad. | Existe una excelente relación entre los grupos sociales, autoridades municipales, provinciales y nacionales, nos mantenemos en constante comunicación con la finalidad de | |

| | | |
|---|---|---|
| | apoyarnos mutuamente e involucrarlos en todos los procesos de mejora que realiza el hospital. También se reúnen las autoridades gubernamentales, políticas, legislativas y religiosas.<br>La institución posee contratos con las empresas aseguradoras de salud. (ARS).para la venta de servicios a sus afiliados.<br>El HDVC mantiene una excelente relación constante con las autoridades, grupos y representantes de la comunidad. En el año 2022 enero, recibimos la visita los directores del Servicio Nacional de Salud, doctor Mario Lama y el doctor Edisson Féliz Féliz, del Servicio Regional de Salud Metropolitano, la Vicepresidenta de la Republica Dominicana Raquel Peña Rodríguez, Firmamos convenio académico bilateral con UNPHU.<br>En marzo 2022 recibimos una visita de cortesía del Hospital Reynaldo Almanzar encabezada por su director el doctor Freddy Novas Cuevas, También el presidente del CMD, Dr. Rufino Senen Caba.<br>En mayo 2022 recibimos al doctor Jesús Feris Iglesias, ministro de la Sisalril.<br>En junio 2022, recibimos a la primera dama Raquel Arbaje, inauguracion Unidad Integral para Adolescentes e inician operaciones de Unidad Materno Infantil<br>En julio 2022 recibimos la visita del destacado médico gineco-obstetra, Héctor Manuel Eusebio y el infectólogo, Héctor Armando Balcácer. Recibimos el Hospital Docente Ramón de Lara donde iniciamos ciclo de cooperación mutua.<br>En octubre 2022 histórica transmisión en vivo en el gobierno de la mañana.<br>EL 12 de enero 2023 UNPHU y Hospital Vinicio Calventi firman convenio académico bilateral.<br>El 25 de enero 2023 Gobierno de Japón dona tomógrafo a nuestro hospital.<br>El 12 de junio Hospital Vinicio Calventi Inaugura nuevas unidades entre estas de dermatología, y cirugía plástica, bariátrica y reconstructiva.<br>El 26 de junio 2023 Hospital Calventi y Club Rotary inauguran Sala de Lactancia “Dra. Juana Mena”. | |

| | | |
|---|---|---|
| | El 13 de octubre 2023 Director hospital Calventi recibe visita cortesía homólogo hospital Central Fuerzas Armadas.<br>El 18 de octubre 2023 Director Hospital Calventi recibe visita cortesía representantes gremio enfermería SINATRAE<br>El 20 de octubre 2023 Director del Hospital Vinicio Calventi recibe la visita del rector de la Universidad UPID.<br>El 25 de octubre 2023 Director Hospital Calventi recibe visita decanos Facultad de Ciencias Salud y Morfológicas UASD.<br>El 29 de noviembre 2023 Fundación Operación Sonrisa y Hospital Vinicio Calventi realizan Jornada Quirúrgica.<br>El 22 de diciembre 2023 UNIREMHOS y Hospital calventi unen esfuerzos para formación en enfermería.<br>El 30 de enero 2024 Hospital Calventi juramenta Comité de Mejora Continua para la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente en Los Alcarrizos.<br>El 5 de marzo 2024 Representante de UNICEF RD y Comitiva del Gobierno Británico Visitan Director del Hospital Calventi.<br>El 14 de marzo 2024 Hospitales Ney Arias Lora y Vinicio Calventi realizan Benchmarking de Buenas Prácticas.<br>El 21 de marzo 2024 Inauguran estacion del IDOPPRIL en el Hospital Calventi, con Dr. Fausto López Solís y el Dr. Edisson Féliz Féliz, del Servicio Regional Metropolitano de Salud (SRSM).<br>El 04 de junio 2024, inauguración de sala Salud Mental en compañía de comunitarios y representantes de la sociedad.<br>El 05 de agosto 2024, concluye diplomado de Gestión Hospitalaria impartido por INFOTEP.<br>El 11 de septiembre 2024, operativo prevención de Cáncer de Mama.<br>Evidencias:<br>Lista de participación y fotos en las diferentes actividades donde participa la comunidad y autoridades. Redes sociales, pagina WEB del centro, Contratos de todas las aseguradoras, reuniones con comunitarios, cartas del Director a los grupos más relevantes, redes sociales. | |
| 3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios | Nuestra institución ha realizado conferencias, comunicado de prensa para informar las innovaciones, operativos, visitas de políticos y de instituciones públicas y privadas. Nuestra | |

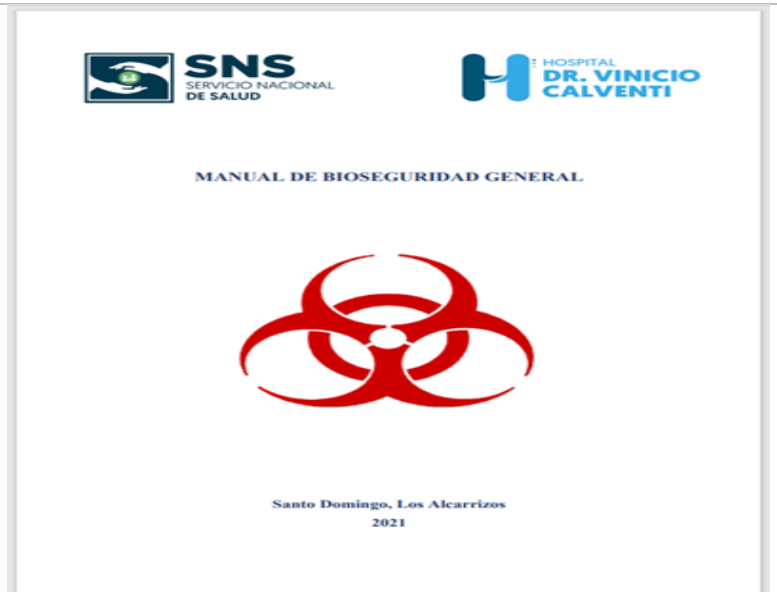
| | | |
|---|---|---|
| de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.). | comunidad se mantiene comunicada a través de medios audiovisuales, medios de prensa y demás.<br>En el mes de mayo 2022 fuimos entrevistados por medios Telemicro en el programa matinal, también en octubre 2022 programa radial el gobierno de la mañana y diversos programas radiales y Redes Sociales de los Alcarrizos.<br>En el año 2023 y 2024 nuestro director ha sido entrevistado por diferentes medios de comunicación locales y nacionales.<br>Evidencias:<br>Comunicados de prensa (audiovisuales y escritos), fotografías de visitas políticas y de instituciones públicas y privadas, fotos de la entrevista en matinal canal 5 y gobierno de la mañana. | |
| 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.). | El hospital cuenta con varios programas de apoyo para favorecer a las personas en situación de desventajas.<br>En nuestra nomina tenemos personal con diferentes capacidades<br>Asistimos a las personas que no tenga seguro médico y que solicitan de nuestros servicios, sin importar su raza, nacionalidad, preferencia sexual, discapacidad, filiación política, religiosa o clase social.<br>Nuestras autoridades mantienen siempre preocupación por las necesidades de nuestros empleados tanto de trabajo como personales. Colaborando siempre en la ayuda de medicamentos, tratamientos, pagos a centros de salud y siendo responsable de exoneraciones por gastos incurridos por servicios dentro del hospital.<br>Evidencias:<br>Nomina personal con diferentes capacidades, Fotos de operativos, listado de personas atendidas, ayuda en pago de medicamentos, exoneraciones, ayuda para empleados en necesidades externas. | |
| 5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas. | Nuestro personal médico y administrativo colabora en los operativos que hemos sido convocados en nuestras comunidades y fuera de ellas, tanto por instituciones públicas o privadas, ONGs, Todo nuestro personal está siempre en la disponibilidad de colaborar desde médicos generales, | |

| | | |
|---|---|---|
| | especialistas, especialistas, enfermería, siempre con un equipo coordinador y de seguridad.<br>Participamos en la caminata por tu salud de nuestra comunidad, caminata en conjunto con iglesias y escuelas en diferentes fechas del año<br>Evidencias:<br>Fotos de los operativos. Fotos de caminata. | |
| 6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales). | Sostenemos de manera regular el intercambio productivo de conocimientos e información, lo que se evidencia en los siguientes resultados:<br>En cuanto al benchmarking, en 2021 visitamos al Hospital Dr. Reynaldo Almanzar observando sus buenas prácticas de la gestión de calidad de su hospital, también en el 2022 el hospital Dr. Reynaldo Almanzar nos visitó y observo el proceso de facturación, auditoria, RRHH y compras.<br>El 14 de marzo 2024 Hospitales Ney Arias Lora y Vinicio Calventi realizan Benchmarking de Buenas Prácticas.<br>Benchlearning 2024 con el hospital pediátrico Robert Reid Cabral.<br>El 02 de abril 2024, charla sobre el uso responsable del agua.<br>El 04 de junio 2024, inauguración de sala Salud Mental en compañía de comunitarios y representantes de la sociedad.<br>El 05 de agosto 2024, concluye diplomado de Gestión Hospitalaria impartido por INFOTEP.<br>El 11 de septiembre 2024, operativo prevención de Cáncer de Mama.<br>También recibimos cuatro delegaciónes del SNS quienes fueron a conocer los avances del sistema de gestión documental del centro, bioseguridad, odontología, materno infantil.<br>Nosotros recibimos estudiantes de las siguientes universidades, UASD, UTESA, INTEC.<br>El departamento de atención al usuario tiene el deber de realizar cada día charlas sobre instrucción sobre todos los sistemas utilizados en el centro, sobre lactancia materna, cuidado de su salud, humanización de los servicios, derechos y deberes de los usuarios. En el área de internamiento tenemos un equipo de enfermería y médicos generales que dan charlas a | |

| | | |
|---|---|---|
| | los usuarios sobre lactancia materna, la importancia de acudir a sus chequeos, cuidado del puerperio y Recién Nacido.<br>Evidencias:<br>Charlas de atención al usuario, listado de participantes de las charlas de lactancia materna, fotos del benchmarking, fotos de los estudiantes de diferentes universidades. | |
| 7. Programas para la prevención de riesgos de salud y de accidentes, dirigidos a los pacientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, charlas de salud, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas). | Tenemos varios programas como el de Atención Integral de Adolescente, Programa Mama Canguro, Con UNICEF el programa de la iniciativa madre y bebe sano. Con EL COIN contamos con el departamento de atención integral y departamento de TB, monitorizado por el departamento de epidemiologia, pruebas gratis y suministro de medicación gratuita, pre y post consejería. Contamos con una unidad de TB. Contamos con la unidad de prevención de crisis.<br>Programa del PAI, planificación familiar, prevención Cáncer Cervico Uterino y Cáncer de mama.<br>Unidad de intervención en crisis.<br>Evidencias:<br>Programa de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio, Planificación Familiar, Programa de Vacunas, Prevención de ITS/SIDA, Prevención del Cáncer Cervico Uterino y Ca de mama<br>Evidencias:<br>Fotografías de la unidad de tuberculosis y servicio de atención integral (SAI), medicamentos recibidos del SRSM para ser entregados a los pacientes, fotos de la unidad de intervención en crisis. 67a, sala situacional materno infantil. | |
| 8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad). | Nuestra institución acorde con los operativos que realizamos, ayuda a los ciudadanos, cliente, empleados, son expuestos en el presupuesto.<br>El departamento de atención al usuario tiene el deber de realizar cada día charlas sobre instrucción sobre todos los sistemas utilizados en el centro, sobre lactancia materna, cuidado de su salud, humanización de los servicios, derechos y deberes de los usuarios. En el área de internamiento tenemos un equipo de enfermería y médicos generales que dan charlas a los usuarios | |

| | | |
|---|---|---|
| | sobre lactancia materna, la importancia de acudir a sus chequeos, cuidado del puerperio y Recién Nacido.<br>El 02 de abril 2024, charla sobre el uso responsable del agua.<br>La gestión administrativo financiero realizada cada año el informe de sostenibilidad del centro y se muestra la comparación el año anterior de gestión. También se reporta a través de la memoria institucional.<br>Evidencia:<br>Presupuesto, charlas fotos y listado de participantes, Memoria Institucional. | |
| 9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día. | En octubre 2022 realizamos un informe de situación de consumo energético, que concluyo en lo siguiente:<br>Con la puesta en marcha del estudio de factibilidad, usaremos los indicadores de consumo energético, tales como kWh/cama/día, kWh/empleado/día, canalizado a través de reuniones y planes entre el personal administrativo, médico y de áreas de apoyo permiten conocer en detalle el comportamiento de nuestro centro hospitalario.<br>Con la propuesta de la incorporación de todas las áreas al sistema de ahorro energético, podemos implementar actividades, como el uso de indicadores y la determinación de la distribución del consumo eléctrico, como plan de seguimiento de la adecuación de nuestra estructura eléctrica y la optimización en el uso y el consumo eficiente de la energía, que nos es suministrada. Con estas acciones se ejercerá una mejor administración de los recursos institucionales y se disminuirá el impacto ambiental de la actividad hospitalaria.<br>Entre las alternativas en consonancia con el ahorro energético, hemos encontrado alternativas viables en conjunto, como son instalación de temporizadores en el área de Consulta Externa, cortinas de aire como soporte a las unidades de aire central, continuar con la sustitución completa de luminarias por unidades de menor consumo, en las pocas estancias que faltan, dar mantenimiento preventivo, en esencia, a los equipos eléctricos y biomédicos; promocionar el apoyo nacional e internacional a la gestión ambiental a través de charlas y de | |

| | | |
|---|---|---|
| | distribución de material educativo dentro del hospital y en medios electrónicos.<br>Para este año 2023 y 2024, la reducción del consumo energético ha disminuido en vista de que todos los equipos de áreas de consulta son apagados al concluir esta.<br>Evidencia:<br>Informe de situación consumo energético del Hospital Dr. Vinicio Calventi, octubre 2022. Informe 2024, Foto de los equipos apagados y áreas cerradas, plantilla de pagado y encendido de equipos.. | |
| 10. Uso de incinerador para los residuos médicos. | El hospital tiene contratada una compañía que recoge los residuos comunes y contaminados, 2 veces por semana.<br>Evidencia:<br>Contrato con compañía y fotos de camiones del ayuntamiento recogiendo los desechos. | |
| 11. Política de residuos y de reciclado. | Contamos con el protocolo de manejo de residuos sólidos, este se ha socializado a todo el personal de la institución, así también con la ruta de evacuación de desechos sólidos.<br>Contamos con nuestro manual de bioseguridad institucional, el cual está en plena implementación en todos los departamentos.<br>Manual de Manejo de Desechos Hospitalarios.<br> | |




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

## CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.

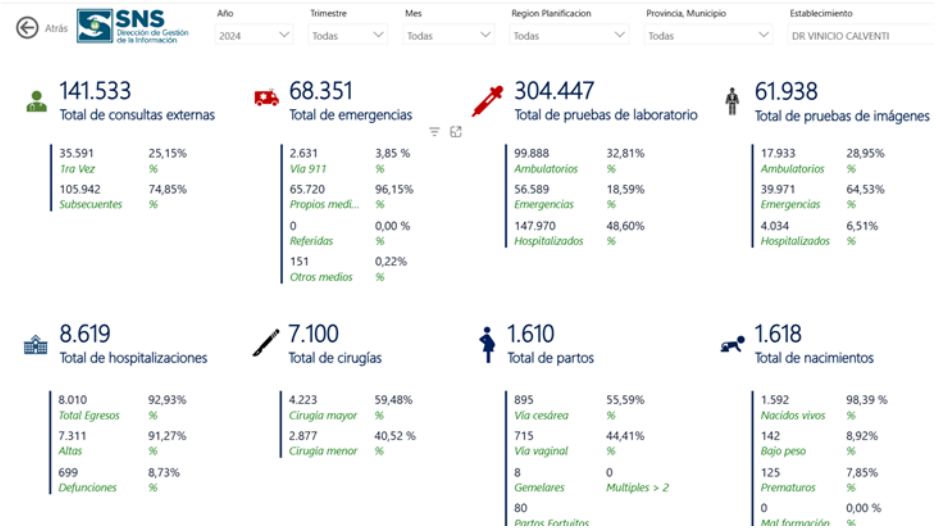
***Considere los resultados logrados por la organización, en relación con lo siguiente***:

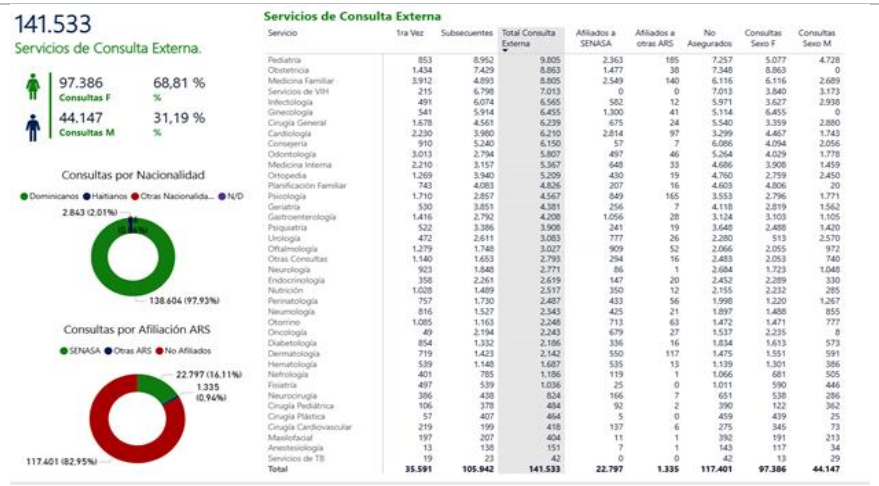
### SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: producto y valor público.

| Ejemplos | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora |
|---|---|---|
| 1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos. | Nuestros indicadores de calidad de los principales servicios para el año 2024 fueron los siguientes. | |

| Infecciones | Casos | Tasas |
|---|---|---|
| Neumonías Asociadas al Ventilador | 10 | 10/809 DV x 1000 = 12% se infectan por mil días ventilador |

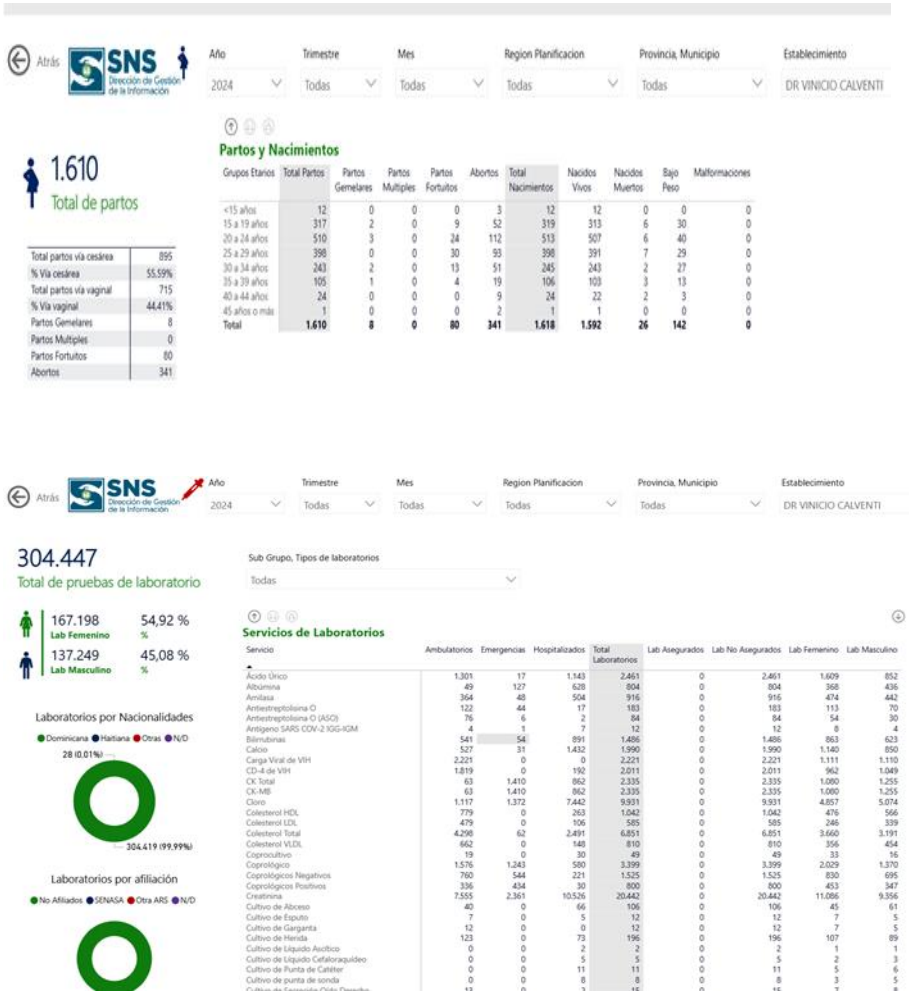
| | | |
|---|---|---|
| Bacteriemia por Catéter | 5 | 5/1304 DC x 1000 = 3.8 infección por mil días catéter venosos central instalados |
| Infección de vías Urinarias | 1 | 1/ DCU x 1000 = 0.5 se infectan por mil días catéter urinario |
| Tasa infecciones del sitio quirúrgico | 20 | 20/2297 x 1000 = 0. 8 se infectan por cada 100 procedimientos realizados |

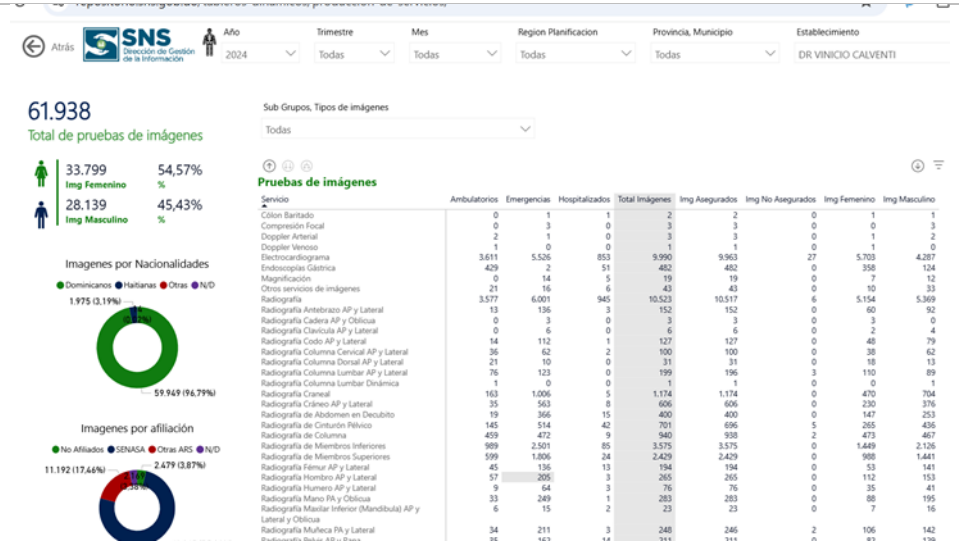



141.533
Servicios de Consulta Externa.
97.386
Consultas F
68,81 %
%
44.147
Consultas M
31,19 %
%
Consultas por Nacionalidad
Dominicanos
Haitianos
Otras Nacionalida...
N/D
2.843 (2,01%)
138.604 (97,93%)
Consultas por Afiliación ARS
SENASA
Otras ARS
No Afiliados
22.797 (16,11%)
1.335 (0,94%)
117.401 (82,95%)
Servicios de Consulta Externa
Servicio | Tra Vez | Subsecuentes | Total Consulta Externa | Afiliados a SENASA | Afiliados a otras ARS | No Asegurados | Consultas Sexo F | Consultas Sexo M
Pediatria 853 8.952 9.805 2.363 185 7.257 5.077 4.728
Obstetricia 1.434 7.429 8.863 1.477 38 7.348 8.863 0
Medicina Familiar 3.912 4.893 8.805 2.549 140 6.116 6.116 2.689
Servicios de VIH 215 6.798 7.013 0 0 7.013 3.840 3.173
Infectologia 491 6.074 6.565 582 12 5.971 3.627 2.938
Ginecologia 541 5.914 6.455 1.300 41 5.114 6.455 0
Cirugia General 1.678 4.561 6.239 675 24 5.540 3.359 2.880
Cardiologia 2.230 3.980 6.210 2.814 97 3.299 4.467 1.743
Consejeria 910 5.240 6.150 57 7 6.086 4.094 2.056
Odontologia 3.013 2.794 5.807 497 46 5.264 4.029 1.778
Medicina Interna 2.210 3.157 5.367 648 33 4.686 3.908 1.459
Ortopedia 1.269 3.940 5.209 430 19 4.760 2.759 2.450
Planificación Familiar 743 4.083 4.826 207 16 4.603 4.806 20
Psicologia 1.710 2.857 4.567 849 165 3.553 2.796 1.771
Geriatria 530 3.851 4.381 256 7 4.118 2.819 1.562
Gastroenterologia 1.416 2.792 4.208 1.056 28 3.124 3.103 1.105
Psiquiatria 522 3.386 3.908 241 19 3.648 2.488 1.420
Urologia 472 2.611 3.083 777 26 2.280 513 2.570
Oftalmologia 1.279 1.748 3.027 909 52 2.066 2.055 972
Otras Consultas 1.140 1.653 2.793 294 16 2.483 2.053 740
Neurologia 923 1.848 2.771 86 1 2.684 1.723 1.048
Endocrinologia 358 2.261 2.619 147 20 2.452 2.289 330
Nutrición 1.028 1.489 2.517 350 12 2.155 2.232 285
Perinatologia 757 1.730 2.487 433 56 1.998 1.220 1.267
Neumologia 816 1.527 2.343 425 21 1.897 1.488 855
Otorrino 1.085 1.163 2.248 713 63 1.472 1.471 777
Oncologia 49 2.194 2.243 679 27 1.537 2.235 8
Diabetologia 854 1.332 2.186 336 16 1.834 1.613 573
Dermatologia 719 1.423 2.142 550 117 1.475 1.551 591
Hematologia 539 1.148 1.687 535 13 1.139 1.301 386
Nefrologia 401 785 1.186 119 1 1.066 681 505
Fisiatria 497 539 1.036 25 0 1.011 590 446
Neurocirugia 386 438 824 166 7 651 538 286
Cirugia Pediátrica 106 378 484 92 2 390 122 362
Cirugia Plástica 57 407 464 5 0 459 439 25
Cirugia Cardiovascular 219 199 418 137 6 275 345 73
Maxilofacial 197 207 404 11 1 392 191 213
Anestesiologia 13 138 151 7 1 143 117 34
Servicios de TB 19 23 42 0 0 42 13 29
Total 35.591 105.942 141.533 22.797 1.335 117.401 97.386 44.147

8.619
Total de hospitalizaciones
0
Sexo F
0,00%
% F
0
Sexo M
0,00%
% M
Hospitalizaciones por Nacionalidades
Dominicanos
Haitianas
Otras
N/D
158 (1,97%)
7.851 (98,01%)
Egresos por defunciones
> 48 horas
< 48 horas
Servicios de Hospitalizaciones
Servicio | Hospitalizaciones Dominicanos | Hospitalizaciones Haitianos | Hospitalizaciones Otras Nacionalidades | Total Ingresos a Hospitalización | Egresos por Altas | Egresos por Defunciones | Total Egresos de Hospitalización
Cardiologia 0 0 0 0 0 0 0
Cirugia General 1.729 19 0 1.748 1.475 62 1.537
Cuidados Intensivos Adultos 402 6 0 408 213 192 405
Cuidados Intensivos Neonatales 0 0 0 0 0 0 0
Cuidados Intensivos Pediátricos 0 0 0 0 0 0 0
Endocrinologia 0 0 0 0 0 0 0
Gastroenterologia 2 0 0 2 1 0 1
Geriatria 492 2 0 494 458 122 580
Ginecologia 759 6 0 765 674 2 676
Hematologia 0 0 0 0 0 0 0
Medicina General 0 0 0 0 0 0 0
Medicina interna 1.744 15 0 1.759 1.444 298 1.742
Nefrologia 0 0 0 0 0 0 0
Neumologia 0 0 0 0 0 0 0
Neurocirugia 28 1 0 29 22 0 22
Obstetricia 1.618 45 0 1.663 1.537 1 1.538
Oftalmologia 0 0 0 0 0 0 0
Ortopedia 237 4 0 241 232 0 232
Otorrinolaringologia 0 0 0 0 0 0 0
Otras Especialidades 375 9 0 384 271 18 289
Pediatria 964 20 0 984 867 4 871
Psiquiatria 124 1 0 125 104 0 104
Traumatologia 0 0 0 0 0 0 0
Urologia 17 0 0 17 13 0 13
Total 8.491 128 0 8.619 7.311 699 8.010

Atrás
SNS
Dirección de Gestión de la Información
Año
2024
Trimestre
Todas
Mes
Todas
Region Planificacion
Todas
Provincia, Municipio
Todas
Establecimiento
DR VINICIO CALVENTI
7.100
Total de cirugías
4.502
Crg Femenino
63,41%
% Crg fem
2.598
Crg Masculino
36,59%
% Crg masc
Cirugías por Nacionalidades
Dominicana
Haitiana
Otras
N/D
Servicios de Cirugías
Servicio | Cirugias menores | Cirugias mayores | Total Cirugias | Cirugias Asegurados | Cirugias No Asegurados | Cirugias Femenino | Cirugias Masculinos
Cirugia General 746 1094 1.840 1.354 486 756 1.084
Cirugia Maxilofacial - Salud Bucal 0 1 1 1 0 0 1
Cirugia Plástica 0 19 19 0 19 18 1
Cirugias Pediátricas 77 115 192 79 113 58 134
Ginecologia 412 274 686 585 101 686 0
Neurocirugia 0 5 5 5 0 0 5
Obstetricia 728 883 1.611 1.336 275 1.611 0
Odontologia 892 1511 2.403 1.006 1397 1.268 1.135
Ortopedia 22 306 328 165 163 95 233
Otorrinolaringologia 0 7 7 7 0 3 4
Urologia 0 8 8 0 8 7 1
Total 2877 4223 7.100 4.538 2562 4.502 2.598


Atrás
SNS
Dirección de Gestión de la Información
Año
2024
Trimestre
Todas
Mes
Todas
Region Planificacion
Todas
Provincia, Municipio
Todas
Establecimiento
DR VINICIO CALVENTI
1.610
Total de partos
Total partos vía cesárea 895
% Vía cesárea 55.59%
Total partos vía vaginal 715
% Vía vaginal 44.41%
Partos Gemelares 8
Partos Multiples 0
Partos Fortuitos 80
Abortos 341
Partos y Nacimientos
Grupos Etarios | Total Partos | Partos Gemelares | Partos Multiples | Partos Fortuitos | Abortos | Total Nacimientos | Nacidos Vivos | Nacidos Muertos | Bajo Peso | Malformaciones
<15 años | 12 | 0 | 0 | 0 | 3 | 12 | 12 | 0 | 0 | 0
15 a 19 años | 317 | 2 | 0 | 9 | 52 | 319 | 313 | 6 | 30 | 0
20 a 24 años | 510 | 3 | 0 | 24 | 112 | 513 | 507 | 6 | 40 | 0
25 a 29 años | 398 | 0 | 0 | 30 | 93 | 398 | 391 | 7 | 29 | 0
30 a 34 años | 243 | 2 | 0 | 13 | 51 | 245 | 243 | 2 | 27 | 0
35 a 39 años | 105 | 1 | 0 | 4 | 19 | 106 | 103 | 3 | 13 | 0
40 a 44 años | 24 | 0 | 0 | 0 | 9 | 24 | 22 | 2 | 3 | 0
45 años o más | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0
Total | 1.610 | 8 | 0 | 80 | 341 | 1.618 | 1.592 | 26 | 142 | 0
Atrás
SNS
Dirección de Gestión de la Información
Año
2024
Trimestre
Todas
Mes
Todas
Region Planificacion
Todas
Provincia, Municipio
Todas
Establecimiento
DR VINICIO CALVENTI
304.447
Total de pruebas de laboratorio
167.198 Lab Femenino 54,92 %
137.249 Lab Masculino 45,08 %
Sub Grupo, Tipos de laboratorios
Todas
Laboratorios por Nacionalidades
Dominicana Haitiana Otras N/D
28 (0.01%)
304.419 (99.99%)
Laboratorios por afiliación
No Afiliados SENASA Otra ARS N/D
Servicios de Laboratorios
Servicio | Ambulatorios | Emergencias | Hospitalizados | Total Laboratorios | Lab Asegurados | Lab No Asegurados | Lab Femenino | Lab Masculino
Ácido Úrico | 1.301 | 17 | 1.143 | 2.461 | 0 | 2.461 | 1.609 | 852
Albúmina | 49 | 127 | 628 | 804 | 0 | 804 | 368 | 436
Amilasa | 364 | 48 | 504 | 916 | 0 | 916 | 474 | 442
Antiestreptolisina O | 122 | 44 | 17 | 183 | 0 | 183 | 113 | 70
Antiestreptolisina O (ASO) | 76 | 6 | 2 | 84 | 0 | 84 | 54 | 30
Antigeno SARS COV-2 IGG-IGM | 4 | 1 | 7 | 12 | 0 | 12 | 8 | 4
Bilirrubinas | 541 | 54 | 891 | 1.486 | 0 | 1.486 | 863 | 623
Calcio | 527 | 31 | 1.432 | 1.990 | 0 | 1.990 | 1.140 | 850
Carga Viral de VIH | 2.221 | 0 | 0 | 2.221 | 0 | 2.221 | 1.111 | 1.110
CD-4 de VIH | 1.819 | 0 | 192 | 2.011 | 0 | 2.011 | 962 | 1.049
CK Total | 63 | 1.410 | 862 | 2.335 | 0 | 2.335 | 1.080 | 1.255
CK-MB | 63 | 1.410 | 862 | 2.335 | 0 | 2.335 | 1.080 | 1.255
Cloro | 1.117 | 1.372 | 7.442 | 9.931 | 0 | 9.931 | 4.857 | 5.074
Colesterol HDL | 779 | 0 | 263 | 1.042 | 0 | 1.042 | 476 | 566
Colesterol LDL | 479 | 0 | 106 | 585 | 0 | 585 | 246 | 339
Colesterol Total | 4.298 | 62 | 2.491 | 6.851 | 0 | 6.851 | 3.660 | 3.191
Colesterol VLDL | 662 | 0 | 148 | 810 | 0 | 810 | 356 | 454
Coprocultivo | 19 | 0 | 30 | 49 | 0 | 49 | 33 | 16
Coprológico | 1.576 | 1.243 | 580 | 3.399 | 0 | 3.399 | 2.029 | 1.370
Coprológicos Negativos | 760 | 544 | 221 | 1.525 | 0 | 1.525 | 830 | 695
Coprológicos Positivos | 336 | 434 | 30 | 800 | 0 | 800 | 453 | 347
Creatinina | 7.555 | 2.361 | 10.526 | 20.442 | 0 | 20.442 | 11.086 | 9.356
Cultivo de Absceso | 40 | 0 | 66 | 106 | 0 | 106 | 45 | 61
Cultivo de Esputo | 7 | 0 | 5 | 12 | 0 | 12 | 7 | 5
Cultivo de Garganta | 12 | 0 | 0 | 12 | 0 | 12 | 7 | 5
Cultivo de Herida | 123 | 0 | 73 | 196 | 0 | 196 | 107 | 89
Cultivo de Liquido Ascitico | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1
Cultivo de Liquido Cefaloraquideo | 0 | 0 | 5 | 5 | 0 | 5 | 2 | 3
Cultivo de Punta de Catéter | 0 | 0 | 11 | 11 | 0 | 11 | 5 | 6
Cultivo de punta de sonda | 0 | 0 | 8 | 8 | 0 | 8 | 3 | 5

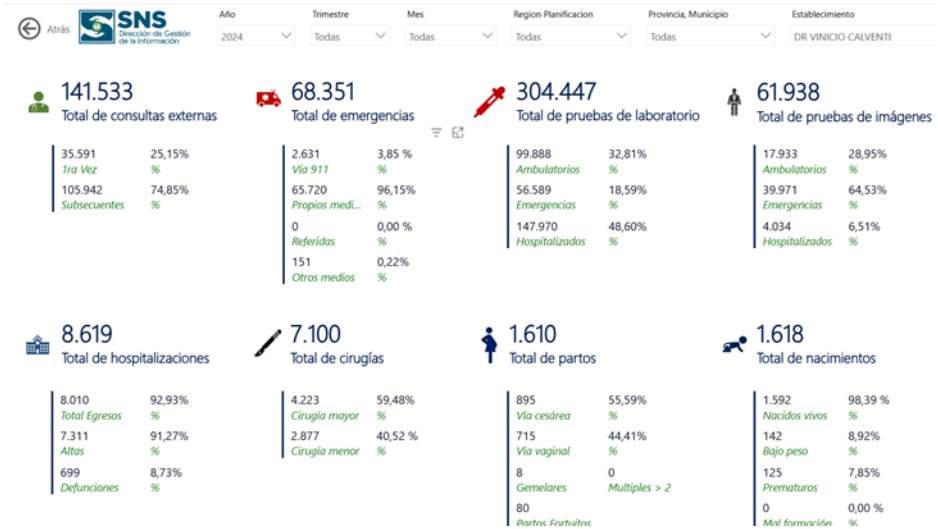
| | | |
|---|---|---|
| |  <br>Evidencias:<br>Memoria Anual, Repositorio SNS.<br>67-A, 72-A, | |
| 2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos). | Nuestra meta proyectada para este año 2024 fue: consultas 141,342 emergencias 60,579, servicios diagnósticos 382,709, hospitalización 17,286. | |

| Servicio Regional de Salud: | | Metropolitano | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CEAS | | Hospital Dr. Vinicio Calventi | | | | | | |
| Productos Terminales | Unidad de Medida | Meta Lograda Año 2022 | Meta Proyectada a Lograr Año 2023 | Meta Proyectada Año 2024 | Programación Trimestral | | | |
| | | | | | 1er. Trimestre | 2do. Trimestre | 3er. Trimestre | 4to. Trimestre |
| **Servicio de Consulta Externa** | Consultas | **126.475** | **133.556** | **141.342** | **35.335** | **36.749** | **35.335** | **33.922** |
| Primera Vez | | 28445 | 32644 | 37463 | 9.366 | 9.740 | 9.366 | 8.991 |
| Subsecuente | | 98030 | 100912 | 103879 | 25.970 | 27.008 | 25.970 | 24.931 |
| **Servicio de Emergencia** | Consultas | **53787** | **40.363** | **60.579** | **13.933** | **16.962** | **14.539** | **15.145** |
| Emergencias | | 53787 | 40363 | 60.579 | 13.933 | 16.962 | 14.539 | 15.145 |
| **Servicio Hospitalización** | Egresos | **9348** | **12.577** | **17.286** | **4.321** | **4.494** | **4.321** | **4.149** |
| Medicina General | | | | | | | | |
| Cirugia General | | 1528 | 2240 | 3.284 | 821 | 854 | 821 | 788 |
| Ginecologia | | 672 | 1250 | 2.325 | 581 | 605 | 581 | 558 |
| Obstetricia | | 2495 | 3050 | 3.728 | 932 | 969 | 932 | 895 |
| Pediatria | | 1256 | 1462 | 1.702 | 425 | 442 | 425 | 408 |
| Cardiologia | | 2 | 4 | 8 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Gastroenterologia | | 33 | 44 | 59 | 15 | 15 | 15 | 14 |
| Endocrinologia | | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Medicina Interna | | 1404 | 2083 | 3.090 | 773 | 803 | 773 | 742 |
| Ortopedia | | 244 | 335 | 460 | 115 | 120 | 115 | 110 |
| Neumologia | | 5 | 6 | 7 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Cardiologia | | | | | | | | |
| Cuidados Intensivos | | 295 | 455 | 702 | 175 | 182 | 175 | 168 |
| Otros | | 1413 | 1647 | 1.920 | 480 | 499 | 480 | 461 |
| **Servicios de Apoyo Diagnóstico** | | **354594** | **368.324** | **382.709** | **95.677** | **99.504** | **95.677** | **91.850** |
| Análisis de Laboratorio | Pruebas | 300.833 | 310112 | 319677 | 79.919 | 83.116 | 79.919 | 76.723 |
| Servicio de Imágenes | Imágenes | 53.761 | 58212 | 63032 | 15.758 | 16.388 | 15.758 | 15.128 |

| Meta Lograda Año 2022 | Meta Proyectada a Lograr Año 2023 | Meta Proyectada Año 2024 | Meta Lograda actual periodo Año 2024 |
|---|---|---|---|
| **126.475** | **133.556** | **141.342** | **141.533** |
| 28445 | 32644 | 37463 | 35531 |
| 98030 | 100912 | 103879 | 105.942 |
| **53787** | **40.363** | **60.579** | **68.351** |
| 53787 | 40363 | 60.579 | 68.351 |
| **9348** | **12.577** | **17.286** | **8.619** |
| | | | 0 |
| 1528 | 2240 | 3.284 | 1.748 |
| 672 | 1250 | 2.325 | 759 |
| 2495 | 3050 | 3.728 | 1.663 |
| 1256 | 1462 | 1.702 | 984 |
| 2 | 4 | 8 | 0 |
| 33 | 44 | 59 | 1 |
| 1 | 1 | 1 | 0 |
| 1404 | 2083 | 3.090 | 1.759 |
| 244 | 335 | 460 | 241 |
| 5 | 6 | 7 | 0 |
| | | | |
| 295 | 455 | 702 | 408 |
| 1413 | 1647 | 1.920 | 923 |
| **354594** | **368.324** | **382.709** | **366.385** |
| 300.833 | 310112 | 319677 | 304.447 |
| 53.761 | 58212 | 63032 | 61.938 |

Nuestra meta cumplida fue:

Consulta: 141,533
Emergencias: 68,351
Hospitalización: 8,619
Cirugías: 7,100
Laboratorio: 304,447
Imágenes: 61,938




| Eventos | Casos y Tasas |
|---|---|
| Nacidos vivos | 1,276 |
| Nacidos Muertos | 22 |
| Tasa de Mortalidad Materna | 9MM/1276 NV x 1000 = 7 por mil nacidos vivos |
| Tasa de Mortalidad Neonatal | 21MN/ 1276 NV x 1000 = 16 por mil nacidos vivos |
| Mortalidad en Edad Reproductiva | 40 |
| Morbilidad Materna Extrema (MME) | 34 |

| Enfermedades | Casos |
|---|---|

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

| | |
|---|---|
| Accidentes de transito | 2,030 |
| Accidentes del trabajo | 10 |
| Accidentes laboral con objeto corto punzante en trabajadores de salud | 2 |
| Accidente laboral en los trabajadores de salud | 0 |
| Heridas de arma de fuego | 94 |
| Heridas de arma blanca | 104 |
| Lesión no intencionada | 989 |

| Enfermedades | Casos |
|---|---|
| Maltrato físico | 132 |
| Violación sexual | 15 |
| Alcoholismo | 0 |
| Drogodependencia | 15 |
| Crisis de ansiedad | 107 |
| Crisis de depresión | 53 |
| Intento suicida | 84 |

Disminución de la taza de morbilidad de Dengue, cólera, ZIKAVIRUS. La ventanilla única en la cual nuestros usuarios pueden realizar todos los trámites necesarios para recibir nuestros servicios con la cual disminuye el tiempo de espera. La visita domiciliaria ha hecho que nuestros ciudadanos con las diferentes discapacidades pueden recibir las atenciones y medicamentos necesarios. Transparencia financiera con la implementación de todas las compras a través del portal transaccional.
Evidencias: POA 2023, 2024 formularios 67A y 72A, repositorio SNS, compras a través del portal transaccional, fotos visitas domiciliarias

| | | |
|---|---|---|
| 3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados. | En el análisis comparativo entre el año 2020 y 2021.<br>A nivel de la consulta con relación al año 2020 y 2021, tuvimos un incremento de un 67%, ya que todas las consultas fueron reanudadas..<br>En el área de emergencias también reflejo un incremento de 53% con relación al año anterior.<br>En el servicio de hospitalización también se reflejó un incremento de 54.5% con relación al año anterior. | |

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

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

Meta Lograda 2021-2022

| Área | 2021 | 2022 | Crecimiento 2022 |
|---|---|---|---|
| Consulta | 110,480 | 116.111 | 95.1% |
| Emergencias | 64,060 | 54.847 | -85.6% |
| Hospitalizaciones | 8,829 | 10.475 | 84.2% |

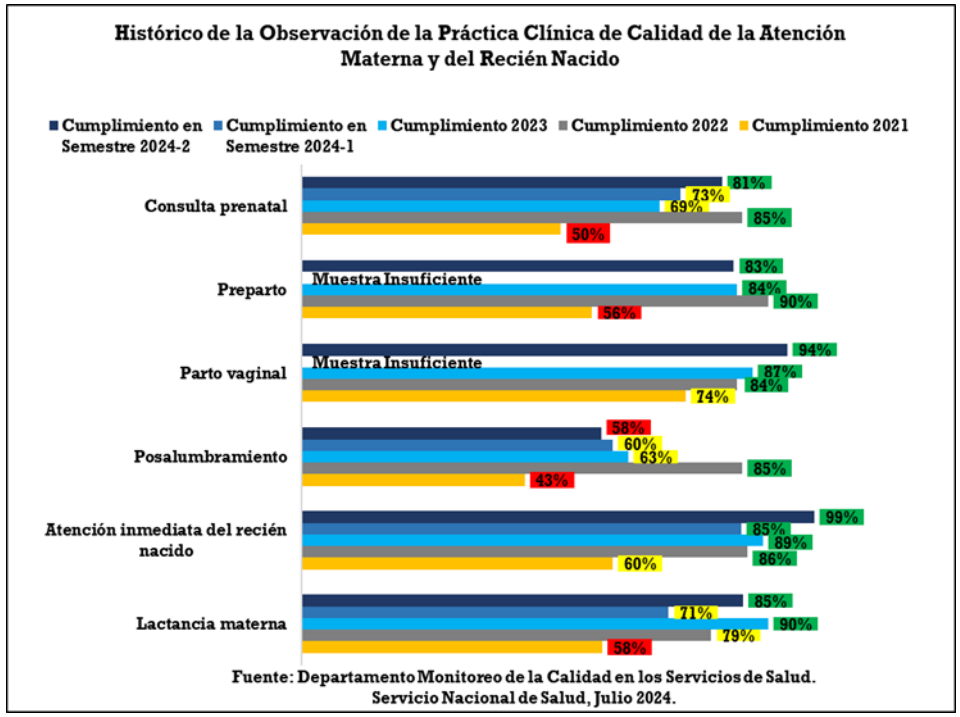
Crecimiento 2024

| AREA | 2022 | 2023 | 2024 | Crecimiento 2024 |
|---|---|---|---|---|
| Consulta | 116.111 | 133.556 | 141.533 | 51% |
| Emergencias | 54.847 | 75.376 | 68.351 | . |
| Hospitalización | 10.475 | 10.395 | 8.619 | - |
| Laboratorio | 257.902 | 310.112 | 304.447 | - |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | Cirugías | 4,728 | 4476 | 7.100 | 43.2% |
| | | Partos | 2.335 | 2.116 | 1.610 | - |
| | | Evidencias: POA 2022, 2023, 2024, 67A y repositorio SNS. | | | | |
| 4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización. | Como grado de cumplimiento de los contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización, el centro posee contratos vigentes con 18 aseguradoras, de las 18 aseguradoras del mercado dominicano para un 100% de grado de cumplimiento (ARS), lo que hace cada día más exigente el mantener los estándares de calidad de la atención y convenios con diferentes entidades como son UASD, UTESA, INTEC, UNPHU, Hospital Central Fuerzas Armadas, Hospital Militar Ramón de Lara, Hospital Luis Edwardo Aybar.<br>En conclusión el Hospital posee un grado de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización de un 90% a nivel general. El grado de cumplimiento de los contratos y acuerdos entre las autoridades y la organización se ve reflejada en el cumplimiento de la certificación de habilitación de los servicios, también a través de las evaluaciones del POA,<br>transparencia de la DIGEIG, SISMAP SALUD<br>Evidencias:<br>Contratos ARS, informe del departamento de enseñanzas, Sismap SALUD, POA, Habilitación del hospital y servicios, Ministerio Salud Publica a través del cumplimiento de los indicadores priorizados. | |
| 5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño. | Como resultado de las inspecciones y auditorías realizadas por nuestros órganos regentes, el centro ha renovado en cinco ocasiones la licencia provisional (habilitación), La ultima habilitación que tenemos tiene una vigencia hasta julio 2025, ya depositamos en ventanilla única del ministerio de salud pública.<br>(MSP).También, el Servicio nacional de Salud a través del Departamento de Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud, de Julio 2024, realizó un monitoreo de las prácticas clínicas en los servicios materno neonatal en cuanto a humanizacion. En dicho monitoreo obtuvimos un cumplimiento general de 80%, correspondiente a 76% durante la consulta prenatal, 90% preparto, parto y recién nacido 93% y 89% en post alumbramiento respectivamente | |

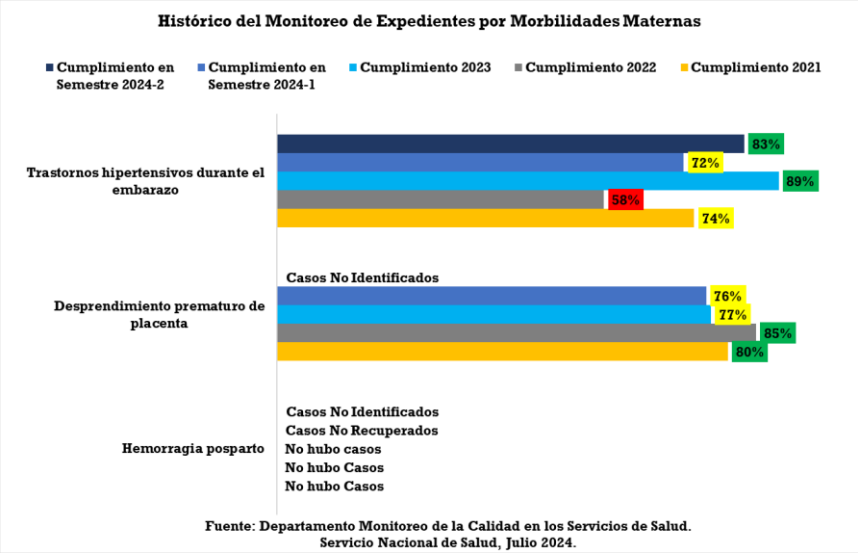
| Cuadro I.<br>Resumen de Oportunidades de Mejora en Humanización de Servicios Materno y Neonatal<br>Hospital Dr. Vinicio Calventi<br>22 al 26 de Julio del 2024 | |
|---|---|
| Promedio Global del Trato Humanizado en Servicios Materno Neonatal | 80% |
| Humanización en Consulta Prenatal | 76% |
| Humanización en Preparto | 90% |
| Humanización en Parto y Recién Nacido | 93% |
| Humanización en Posalumbramiento | 89% |

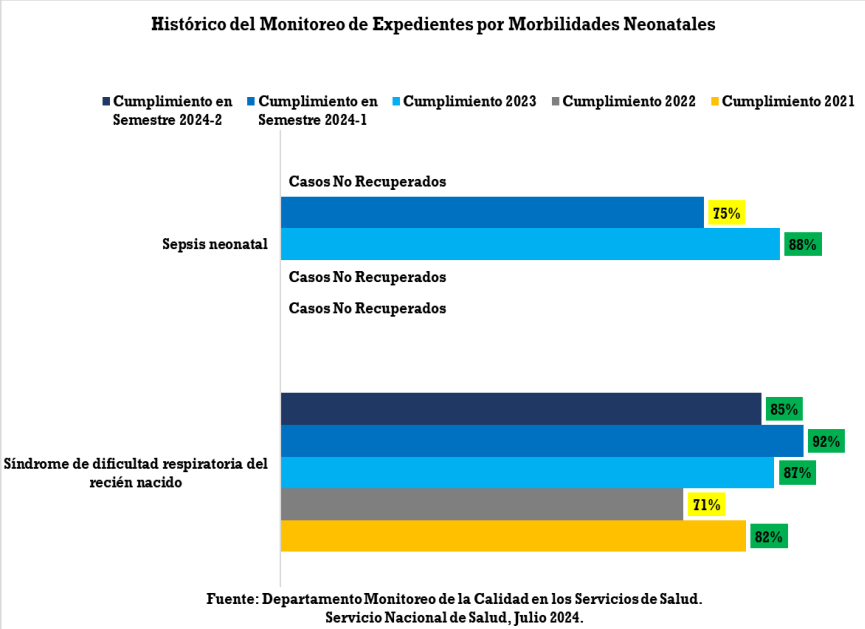
Valoración en cuanto a atenciones.

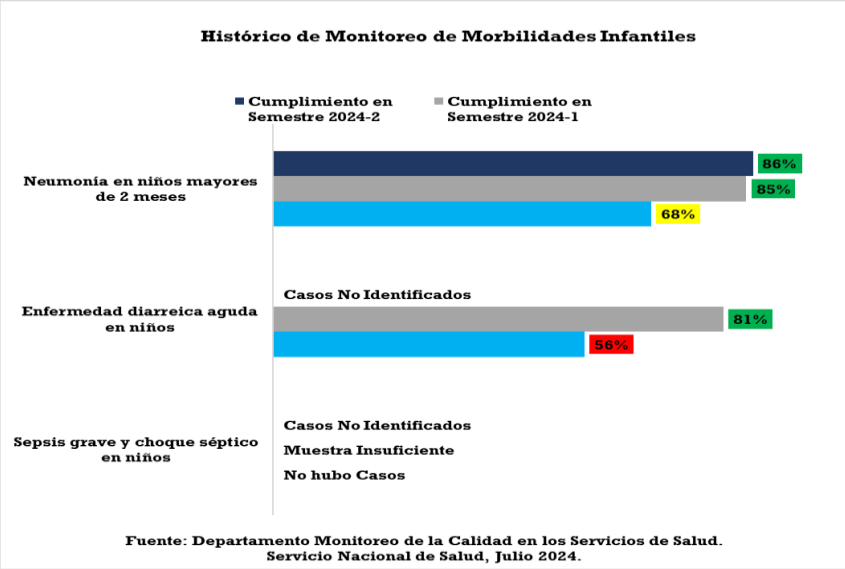



Como resultado de este monitoreo, el hospital Dr. Vinicio Calventi obtuvo un promedio de cumplimiento de 66% en consulta prenatal, 81% preparto, 83% , parto 94%, post alumbramiento inmediato 58%, y 85% en las prácticas que

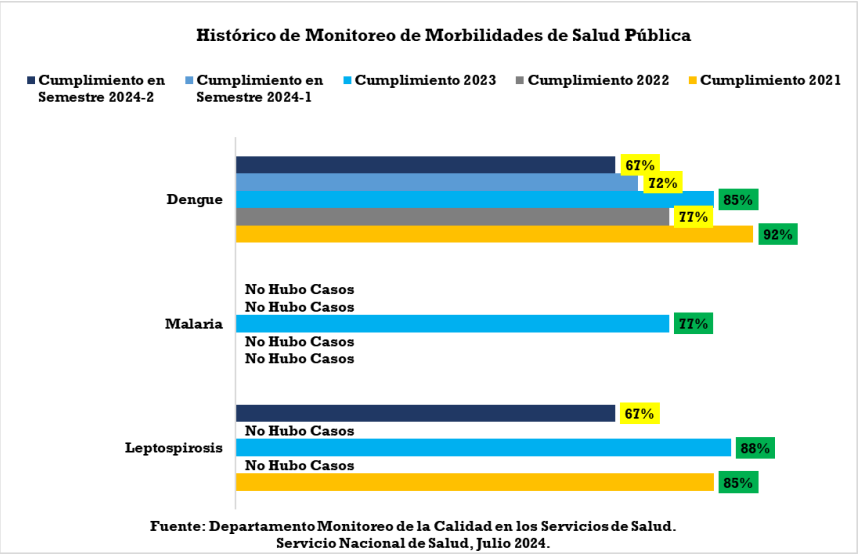
fomentan la  lactancia materna exclusiva. También recibimos monitoreo externo de evaluación de expedientes clínicos, morbilidades maternas, pediátricas y epidemiológicas.



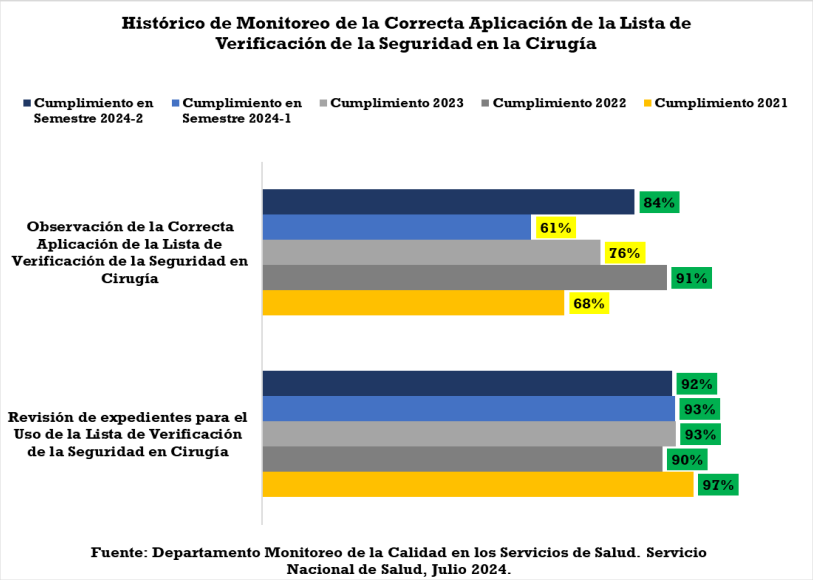






Fuente: Departamento Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud. Servicio Nacional de Salud, Julio 2024.




Fuente: Departamento Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud. Servicio Nacional de Salud, Julio 2024.

| | | |
|---|---|---|
| |  <br>Evidencias:<br>Informe Julio 2024 de los servicios. Certificados de habilitación. | |
| 6. Resultados de la innovación en servicios/productos. | La innovación de nuevos servicios incluyo la creación los siguiente:<br>Área de Facturación 2021.<br>Apertura del segundo nivel del área de internamiento 2021.<br>Unidad de Nutrición 2021.<br>Triaje respiratorio 2021.<br>Apertura Unidad remozada de Gastroenterología 2022<br>Apertura de la nueva emergencia y trauma shock enero 2022.<br>Apertura unidad de Hemodiálisis febrero 2022.<br>Departamento de Protocolo mayo 2022.<br>Reingenieria departamento de Atención al Usuario.<br>Carnetizacion de los empleados 2021-2022-2023.<br>Habilitación de máquina de oxígeno.<br>Climatización de los consultorios 2da etapa.<br>Iluminación del centro de salud 2da etapa.<br>Instalación de los buzones de quejas y sugerencias en las diferentes áreas del centro 2021 y 2022<br>Instalación de Pantallas para Promoción de Salud, Lactancia Materna, Cuidado de la Madre y RN, Cartera de Servicios e Innovaciones 2021 -2022<br>Implementación entrega de la Cedula del Recién Nacido 2022 | |

| | | |
|---|---|---|
| | Implementación del Sistema SIGMA para la automatización de todas las áreas de centro. Primera etapa facturación, atención al usuario y caja 2022-2023.<br>Sistema Osmosis modernizado 2021-2022<br>Donación de Ambulancia 2022.<br>Reajuste Salarial al personal nombrado primera etapa y segunda etapa 2022-2023<br>Reingeniería del área de esterilización<br>Unidad Atención Integral de adolescentes 2022.<br>Hospitalización Mama Canguro 2023, consulta externa 2024.<br>Apertura y funcionamiento del tomógrafo 2023<br>Unidad de dermatología y cosmeatria 2023<br>Unidad de ecocardiograma, Holter 2023-2024<br>Cirugía plástica y bariatrica 2023-2024.<br>Remodelación del área de Endoscopia y Colonoscopia 2023-2024.<br>Evidencias:<br>Fotos de las áreas | |
| 7. Resultados de la implementación de reformas del sector público. | Cumplimos con el marco legal y normativo de las instituciones que rigen el Sistema Nacional de Salud. Nuestros empleados están protegidos por las Leyes 42-01 General de Página 238 de 249 de Salud, Ley 87-01 de Seguridad Social y Ley 41-08 de Función Pública, entre otras. Disminución de deudas, reducción nomina interna | |

| | | |
|---|---|---|
| | <br>4to-trimestre-2024.pdf<br>02.03 Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil) — Cierto Avance — 638725670103954906-Plan-de-Mantenimiento-2025.pdf 638753380499948330-ENERO-2025_-Mantenimiento.pdf — 31/12/2025 — 62.00%<br>02.04 Porcentaje de Incremento Facturación — Objetivo Logrado — 2.04 INCREMENT FACT T1 al T3 - 2024.pdf — 29/04/2025 — 100.00%<br>02.05 Notificación Oportuna Reporte Epidemiológico — Objetivo Logrado — 02.05 Notificación Oportuna Reporte Epidemiológico T4-2024 .pdf — 15/04/2025 — 96.00%<br>02.06 Porcentaje Disminución Deuda — Poco Avance — 2.06 DISMINUCIÓN DE DEUDA T4 - 2024.pdf — 29/04/2025 — 28.00%<br>02.07 Porcentaje de Objeción Glosas Médicas y Administrativas — Objetivo Logrado — 2.07 GLOSA T1 al T3 - 2024.pdf — 29/04/2025 — 100.00%<br>02.08 Porcentaje Promedio de Cumplimiento SISCOMPRA — Cierto Avance — 2.08 CUMPLIMIENTO SISCOMPRA - 2024.pdf — 29/04/2025 — 71.00%<br>02.09 Porcentaje de Ejecución Presupuestaria — Cierto Avance — 2.09 EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA T4 - 2024.pdf — 31/01/2026 — 74.00%<br>02.10 Porcentaje de Cumplimiento Lineamientos Control Interno — Cierto Avance — 2.10 Índice de Cumplimiento de Control Interno 2024.pdf — 31/10/2025 — 67.00%<br>02.11 Porcentaje de Eficientización de la nómina (cantidad de colaboradores) — Objetivo Logrado — 2.11 CANTIDAD DE COLABORADORES T4 - 2024.pdf — 29/04/2025 — 100.00%<br>02.12 Porcentaje de Eficientización de la nómina (monto económico) — Objetivo Logrado — 2.12 MONTO ECONÓMICO T4 - 2024.pdf — 29/04/2025 — 100.00%<br>Evidencias:<br>Leyes y documentos de reforma sector salud, informes financieros y nomina monto economico. | |
| 8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización. | La institución cuenta con colaboradores voluntarios como los son:<br>El cuerpo de bomberos nos ayuda en la limpieza de las cisternas y áreas verdes. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Escuelas públicas realizan las 60 horas de labor social. Estudiantes de enfermería.<br>Rotantes de medicina y subespecialidades de la UASD, Hospital de las Fuerzas Armadas, Hospital Ramón de Lara, INTEC, todos estos en número variable de acuerdo al número disponible para rotar por ciclo.<br>El ayuntamiento quien recoge los residuos sólidos comunes.<br>Evidencias:<br>Fotos de limpieza, fotos de rotantes, e informe del departamento de enseñanzas. | |

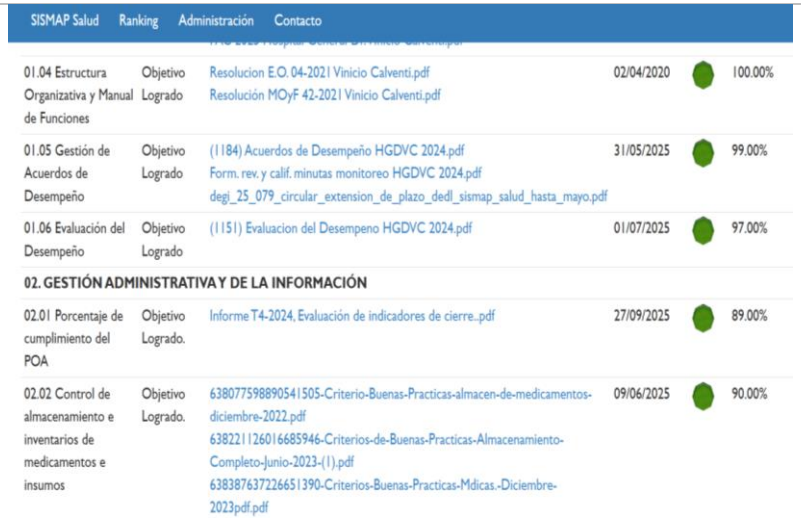
**SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.**

| 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. | La gestión de recursos humanos en el 2024 fue de 1022 colaboradores. El personal médico y administrativos y en la gestión del conocimiento a través de la gerencia de capacitación se realizan actividades en pro del colaborador y la institución con cursos, talles, diplomados y conferencias, dirigidos a elevar el buen desempeño profesional del colaborador y la atención en salud. En cuanto a la eficiencia de gestión clínica el centro ha mantenido en 4,35 dias el promedio de estadía durante el 2024, manteniendo este indicador por debajo de la meta (que es 5 días), lo que resume el aprovechamiento de las camas y la agilidad de los servicios prestados en el hospital. En cuanto al uso de los consultorios médicos, los resultados obtenidos en el indicador de rendimiento de consultas externas reflejan un<br>Uso óptimo presentados dentro del rango promedio en base a la meta, que es de un 100%. Nuestra infraestructura consta con 9 quirófanos, distribuidos en el segundo y tercer nivel, a nivel de internamiento en la actualidad manejamos 145 camas.<br>Contamos con un edifico donde se encuentran las oficinas administrativas. Un segundo edifico con las áreas de consultas, seguros médicos. Un tercer edificio que maneja las áreas de emergencias, internamiento, UCI, hemodiálisis, laboratorio e imágenes, otro edificio donde estas las áreas de apoyo como son cocina, lavandería, esterilización costurera, almacenes. Y oro edificación donde se maneja mantenimiento. El área de TB es una edificación fuera del área de asistencia. La eficiencia de la organización en la gestión de los recursos disponibles, se analiza mediante los análisis de la ejecuciónes presupuestarias, | |

| | | |
|---|---|---|
| | cumplimiento de plan de compras y contrataciones, índice de rotación y de movilidad delos recursos humanos. Análisis financiero del ingreso vs el gasto.<br>Evidencias:<br>Nómina, fotos de las áreas, : Análisis Financiero Ingreso vs Gasto, Balance General, Ejecución Presupuestaria, Índice de Rotación del Personal, Índice de movilidad, Evaluación acuerdos de desempeño, Análisis Costo beneficios de los servicios. | |
| 2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos. | Seguimos manteniendo el tiempo de facturación de pacientes egresados de dos horas, fue un logro que mantenemos desde el año pasado donde hubo una reducción de 4 horas a 2 horas de espera.<br>La resolución de la lista de espera por procedimientos quirúrgicos de 100%.<br>Atenciones de 20 pacientes diarios en la unidad de hemodiálisis.<br>Todas las consultas llenas a su máxima capacidad<br>En el área de emergencias también reflejo un incremento con relación al año anterior.<br>En el servicio de hospitalización también se reflejó un incremento con relación al año anterior.<br>Con relación a los servicios de Cirugía General y Partos se mantuvo el incremento.<br>Evidencias:<br>67A, tablero de mando, informe del viceministerio de la calidad de los servicios de salud. | |
| 3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo). | En cuanto al benchmarking, en 2022 fuimos visitados por el Hospital Dr. Reynaldo Almanzar, en el 2023 Y 2024 visitamos el hospital traumatológico Dr. Ney Arias Lora, observando nuestras buenas prácticas de la gestión de calidad de su hospital y a la vez dándonos exhortaciones de cómo mejorar algunos procesos.<br>Los puntos manejados fueron el liderazgo, el cual nos permitió entender la importancia de este, por lo realizamos talleres de empoderamiento y trabajo en equipo, lo que ha motivado al personal estar más integrado en la tareas del centro.<br>Les enseñamos nuestras instalaciones de facturación, compra y nuevas áreas de apertura reciente.<br>Otro punto tratado fue la presentación de la metodología CAF y como esto le ha permitido ganar premios a la calidad y mejorar la calidad de sus áreas de | |

| | | |
|---|---|---|
| | trabajo y empoderamiento del personal. Esto nos llevo a realizar un mejor autodiagnóstico CAF y su implementación en nuestro centro.<br>A nivel de atención al Usuario observamos la organización, el número de personas que lo integran, lo que nos llevó a la reingeniería de nuestro unidad de atención al usuario.<br>También recibimos cuatro delegaciones del SNS<br>quienes fueron a conocer los avances del<br>Sistema de gestión documental del centro, bioseguridad, odontología, materno infantil. Esto nos llevó a reformular los planes de mejora de acuerdo a los indicadores establecidos por cada área, en el cumplimiento de las metas exigidas por el SNS y las metas internas de nuestro centro.<br>Evidencias:<br>Informes de Benchmarking, análisis. | |
| 4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas). | Como grado de cumplimiento de los contratos/<br>acuerdos entre las autoridades y la organización, el centro posee contratos vigentes con 18 aseguradoras, de las 18 aseguradoras del mercado dominicano para un 100% de grado de cumplimiento (ARS), lo que hace cada día más exigente el mantener los estándares de calidad de la atención y convenios con diferentes entidades como son UASD, UTESA, INTEC, UNPHU, Hospital Central Fuerzas Armadas, Hospital Militar Ramón de Lara, Hospital Luis Edwardo Aybar.<br>En conclusión el Hospital posee un grado de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización de un 90% a nivel general.<br>Evidencias:<br>Contratos ARS, informe del departamento de enseñanzas. | |
| 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.) | Con la implementación del Sistema SIGMA para la automatización de todas las áreas de centro. Primera etapa facturación, atención al usuario y caja.<br>Logramos reducir el tiempo de 4 horas a 2 horas los egresos.<br>La adquisición de computadoras y establecidas en todas las áreas del centro ha agilizado el manejo de los records, la comunicación interna es inmediata, los comunicados por medio de E-mails, chats internos y externos.<br>Contar con el departamento de comunicaciones nos ha agilizado una cobertura más amplia para notificar las informaciones.<br>Nuestro portal de transparencia, OAI, el portal transaccional, que permite ver el manejo de compras y contrataciones. | |

| | | |
|---|---|---|
| | Nuestras redes sociales nos permiten comunicación fluida con los usuarios.<br>Portal Institucional:<br>www.hospitalcalventi.gob.do<br>Portal de transparencia:<br>https://hospitalcalventi.gob.do/transparencia/<br>Correo electrónico:<br>info@hospitalcalventi.gob.do<br>Horario de atención: 8.00 am - 4.00 pm<br>Centro de Recepción: (809) 616-3964<br>Oficina de Acceso a la Información Pública:<br>(809) 616-3964 ext.: 2272 Correo electrónico:<br>transparencia@hospitalcalventi.gob.do<br>Redes Sociales: @hcalventird.<br>Todo esto ha reducido el costo a nivel de papelería y otros insumos de oficina. Y a la vez agiliza los procesos.<br>Contamos con Sistema de Agua Osmosis, que nos permite una agua de calidad para todo el centro y esto contribuye a evitar las IAAS.<br>Instalación de Pantallas para Promoción de Salud, Lactancia Materna, Cuidado de la Madre y RN, Cartera de Servicios e Innovaciones, esto contribuye a mantener a nuestros clientes bien informados y disminuye el tiempo de búsqueda de información de los usuarios de unos 10-15 minutos.<br>Instalación Sistema de Cámaras de Seguridad que nos permite mantener el clima de seguridad de nuestro personal y de los usuarios.<br>Evidencias:<br>Fotos de redes sociales, fotos de chats internos y externos, Fotos del área de facturación del sistema. Fotos del cuarto del sistema osmosis, fotos d las cámaras de seguridad. | |
| 6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas. | El Servicio Nacional de Salud a través del Departamento de Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud, en la semana del 05 al 09 de Julio 2021, julio 2022 y febrero 2023, julio 2023 y julio 2024 realizó monitoreo de las prácticas clínicas en los servicios maternos neonatales.<br>El departamento de Calidad de los Servicios de conejuno con el departamento de Monitoreo y Evaluación se mantienen por medio de un cronograma supervisando todas las áreas del centro tanto en la parte medica como administrativa que deben entregar sus reportes, informes y otras evidencias en diferentes fechas para la mejora continua de la calidad de los servicios brindados y estos son entregados por medio del POA mensual SRSM. | |

| | | |
|---|---|---|
| |  <br>Evidencias:<br>Informes de auditorías POA2024, minutas y fotos de socialización de las auditorias. | |
| 7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros. | Hemos sido premiados por el COIN, USAID, Gerencia de Área por los reportes oportunos y otras entidades.<br>Recibimos medalla de plata en 2019 por las prácticas inclusivas que realizamos (RD Incluye).<br>Recibimos reconocimiento por el SRSM, por llevar las buenas practicas del comité de desechos sólidos y prevención de IAAS en el 2022.<br>Segundo lugar en el ranking Hospitalario Sismap Salud 2022.<br>Certificados a la OAI 2024, certificados a Epidemiologia por sus reportes oportunos 2024.<br>Evidencias:<br>Fotos de certificaciones y trofeos. | |
| 8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros. | El cumplimiento de los objetivos presupuestarios y financieros se evidencia a través del cumplimiento de la planificación del POA, en consecuencia con el porcentaje de ejecución de cada una de las actividades. Se envían los informes de ejecución al SRSM y a la Dirección General de Presupuesto.<br>Nuestra programación física en el 2021 fue 584.221 y la programación financiera de 540.605.409.00 | |

| | | |
|---|---|---|
| | De las cuales se cumplieron en programación física 522.421 y financiera de 567.675,645.90. Porcentaje de cumplimiento de meta física fue de 89% y meta financiera de 103%.<br>Programación física del 2022, 473,422, programación financiera RD$ 674, 698,941.00.<br>Cumplimiento: meta física lograda 555,049, porcentaje de cumplimiento 117.24%.<br>meta financiera ejecutada RD$ 631,353,282.78, 93.50%<br>Programación física del 2023. 509,286<br>Meta física lograda, 595,880<br>Porcentaje de cumplimiento, 117%<br>Meta financiera ejecutada RD$ 672,140, 669.13 Millones.<br>Programación Física del 2024 fue 601,916<br>DESEMPEÑO PRESUPUESTARIO 2024<br>Evidencia:<br>Consolidado POA/ programación POA metas y consulta, informe ejecución presupuestaria. | |
| 9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores. | Hemos venido disminuyendo los costos de comida, medicamentos, compra de oxígeno, papelería.<br>En el año 2022 y 2023 nosotros contábamos con una máquina de producción de oxígeno.<br>El uso de los medios de comunicación nos ha llevado a reducir el uso del papel y tinta.<br>El uso de las pantallas, chat y redes sociales han contribuido a menos gasto en papelería y en ayuda del medio ambiente. | |

| CODIGO DEL OBJETAL | NOMBRE DEL OBJETAL | ASIGNACION PRESUPUESTARIA 2024 (RD$) | EJECUCION A DICIEMBRE 2024 (RD$) | CANTIDAD DE PRODUCTO GENERADOS POR PROGRAMA | INDICE DE EJECUCION % | PARTICIPACION EJECUCION POR PROGRAMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2,1 | REMUNERACIONES Y CONTRATACIONES | 695.241.568,97 | 580.618.960,11 | | 84% | 77% |
| 2,2 | CONTRATACIONES DE SERVICIOS | 42.160.470,00 | 20.206.524,11 | | 48% | 3% |
| 2,3 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 292.378.981,00 | 141.905.036,57 | | 49% | 19% |
| 2,4 | TRANSFERENCIA CORRIENTES | 10.800.000,00 | - | | | |
| 2,6 | BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES | 32.091.000,00 | 7.091.075,26 | | 22% | 1% |
| | TOTAL PRESUPUESTADO | 1.072.672.019,97 | 749.821.596,05 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | El hecho de guiarnos por los protocolos ha conllevado a menos uso de medicamentos.<br>En este año 2024 el uso responsable del agua y electricidad también ha contribuido a disminuir los costos y el uso responsable de los equipos en su cuidado y apagado a tiempo.<br>Evidencia:<br>Informe de contabilidad y financiero de costos 2022, 2023 Y 2024. | |

**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 autoevaluaciòn, siempre que puedan sustentar sus puntos fuertes con las evidencias correspondientes.**