

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

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN**

\_\_\_\_\_ HOSPITAL PROVINCIAL SAN JOSE DE OCOA \_\_\_\_\_

**FECHA:**

\_\_\_\_\_ JUNIO 2024 \_\_\_\_\_

## MODELO CAF: EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

### Presentación.

El Modelo CAF (Common Assessment Framework) -Marco Común de Evaluación- ha sido diseñado por los países miembros de la Unión Europea, como una herramienta para ayudar a las organizaciones del sector público en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento y desempeño. Como Modelo de Excelencia, el CAF ofrece un marco sencillo, fácil de usar e idóneo para que las organizaciones del sector público transiten el camino de la mejora continua y desarrollen la cultura de la excelencia.

La aplicación del Modelo CAF está basada en el Autoevaluación Institucional, y con la finalidad de facilitar ese proceso en los entes y órganos del sector público dominicano, el Ministerio de Administración Pública (MAP) ha elaborado esta Guía de Autoevaluación Institucional, que aborda el análisis de la organización a la luz de los 9 Criterios y 28 Subcriterios del CAF, en su versión 2020; con el apoyo de una serie de ejemplos, que han sido reforzados para adaptarlos a las características del sector salud y que sirven de referencia en la identificación de los Puntos Fuertes y las Áreas de Mejora de la organización.

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

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

Santo Domingo, 2021

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUÍA.

### Evaluación Individual.

1. Antes de iniciar el proceso de autoevaluación institucional, recomendamos repasar el documento informativo sobre el Modelo CAF “**Capacitación a Equipos de Autoevaluadores para el Mejoramiento de la Calidad en la Administración Pública**” elaborado por el MAP y que aparece en la página Web. Esto le ayudará a afianzar los conceptos ligados a la excelencia y la mejora continua y, por consiguiente, de la importancia de la autoevaluación. Además, servirá como material de consulta en caso de dudas.
2. De inicio, distribuir los criterios entre los miembros del Comité de Calidad para ser analizados en forma individual. Cada responsable, debe trabajar un criterio a la vez, leer la definición de Criterios y Subcriterios para entender de qué se trata y procurar cualquier tipo de aclaración necesaria. Revisar los ejemplos de cada Subcriterio para identificar si se asemejan o no a lo que está haciendo la organización.
3. En la columna de **Puntos Fuertes**, señalar los avances que puede evidenciar la organización con respecto a lo planteado por el Subcriterio, tomando como referencia los ejemplos en cuestión u otras acciones que esté desarrollando la organización, que se correspondan con lo planteado por el Subcriterio. En cada punto fuerte, debe señalar la **evidencia** que lo sustenta y recopilar la información para fines de verificación.
4. En la columna **Áreas de Mejora**, registrar todo aquello, relacionado con el Subcriterio, en donde la organización muestre poco o ningún avance, que no guarde relación con alguno o ninguno de los ejemplos, o que sencillamente, no pueda evidenciar. En este caso, el enunciado debe estar formulado en forma negativa: “No existe”, “No se ha realizado”; sin hacer propuestas de mejora.
5. En casos de que la organización muestre avances parciales en el tema, registrar los avances en la Columna de Puntos Fuertes, indicando las evidencias que sustentan la afirmación. En la columna de Áreas de mejora, señalar la parte referente a lo que aún no ha realizado.
6. Para asegurar un Autoevaluación efectivo, antes de pasar a la sesión de consenso con el resto del Equipo Autoevaluador, asegúrese de haber analizado y completado todos los Criterios y Subcriterios.

### Evaluación de consenso:

Una vez completada la evaluación individual, el Comité de Calidad deberá reunirse para revisar el Autoevaluación, analizar todas las fortalezas con las evidencias identificadas y las áreas de mejora por Subcriterio, y luego de completado el consenso, elaborar el Informe de Autoevaluación y el Plan de Mejora.

## CRITERIOS FACILITADORES.

### CRITERIO I: LIDERAZGO

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

#### SUBCRITERIO I.1. Dirigir la organización desarrollando su misión visión y valores.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>Los líderes (Directivos y supervisores):</b> 1. Formulan y desarrollan la misión, la visión y valores de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados relevantes.</p>	<p>1-Se realizaron varias reuniones con todos los departamentos y el personal administrativo, en donde se formularon la visión, misión y valores de la institución, en el año 2011 durante la gestión del Dr. Sergio castillo, ha sido modificada en 4 ocasiones, actualizando los ya existentes, luego se hizo una reunión en donde se invitaron todos los grupos de interés relacionados con la institución y se les consulto la misma, llegando a un consenso.</p> <p>Evidencia: (Listados, Actas y fotos)</p>	
<p>2. Establece el marco de valores institucionales alineado con la misión y la visión de la organización, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, tales como: universalidad, humanización, la integridad e integralidad, solidaridad, eficacia, la transparencia, la innovación, la responsabilidad social, la inclusión y la sostenibilidad, el estado de derecho, el enfoque ciudadano, la diversidad y la equidad de género, un entorno laboral justo, la prevención integrada de la corrupción, entre otros, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización.</p>	<p>2-Se buscó consenso con todo el personal y se elaboraron los valores de la institución, alineados con la misión y la visión de la organización, respetando el marco general de valores del sector público.</p> <p>Evidencia: (Reuniones, Fotos, listados y Actas)</p>	

<p>3. Aseguran de que la misión, la visión y los valores estén en línea con las estrategias nacionales, teniendo en cuenta la digitalización, las reformas del sector y las agendas comunes.</p>	<p>3-Se socializo la misión, visión y valores con el personal de la institución y además se realizó una encuesta sobre el conocimiento que tenía el personal sobre esto, estableciendo los objetivos estratégicos y operativos, también se socializo con los grupos de interés.</p> <p>Evidencia: Encuesta, Listados, fotos.</p>	
<p>4. Garantizan una comunicación y un diálogo más amplios sobre la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos con todos los empleados de la organización y otras partes interesadas.</p>	<p>4- Se comunica y se dialoga la misión, la visión y los valores con cada personal de nuevo ingreso, se evidencia a través del formulario de inducción al personal, además de que está colocada en el lobby visible para todos los colaboradores, usuarios y visitantes. Además de estar en el mural de Recursos Humanos.</p> <p>Evidencia: (Formulario de Inducción, Fotos de la misión, visión y valores en el Lobby y en el mural).</p>	
<p>5. Aseguran la agilidad organizacional revisando periódicamente la misión, la visión, los valores y las estrategias para adaptarlos a los cambios en el entorno externo (por ejemplo, digitalización, cambio climático, reformas del sector público, especialmente las que impactan el sector salud, desarrollos demográficos: descentralización y desconcentración para acercar los servicios a individuos, familias y comunidades; impacto de las tecnologías inteligentes y las redes sociales, protección de datos, cambios políticos y económicos, divisiones sociales, necesidades y puntos de vista diferenciados de los clientes).</p>	<p>5-En el 2021 con el cambio de autoridades intrahospitalarias se dio a conocer la misión, visión y valores a todos los empleados por áreas y personal de nuevo ingreso y se colocó en todos los puntos estratégicos de la institución, con los directivo y encargados departamentales se revisa periódicamente para darle cumplimiento a sus objetivos.</p> <p>Evidencias: (Formularios de Inducción al personal, Fotos de la misión, visión y valores colocados en puntos estratégicos).</p>	

6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).	Para preparar la organización acerca de los cambios en la transformación digital, se realizan cursos con el INFOTEP.	No se han realizado capacitaciones respecto a estos temas en este semestre.
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.	7-Se le da seguimiento a los comportamientos no éticos, los cuales no hemos tenido en el centro hasta el momento. En mes de Mayo de 2024 el Comité de calidad de los servicios conforme el Comité de Bioética, el cual no se evidencia capacitaciones al respecto.	
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).	8-Hemos logrado un 77 % de la confianza mutua, lealtad y respeto entre los líderes /directivos/empleados a través de Reuniones, acuerdos, compromisos y realizamos encuesta de satisfacción con el personal, en encuesta realizada en Abril 2023 al personal un promedio de 82.5% de los empleados valora como satisfecho la comunicación interna entre sus compañeros y un 17.5% insatisfecho.  Evidencia: (Charlas, reuniones, Informe de Encuestas, Carta de Renuncia y fotos).	No se evidencia el porcentaje de la Encuesta de Satisfacción, debido a que la persona que estaba a cargo renuncio a sus labores el 14 de febrero de 2024, hemos solicitado dicha plaza y seguimos a la espera, por ende no se refleja los datos actualizados.

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	1- Se tiene la estructura organizacional la cual fue aprobada el 07 de Enero de 2022 bajo la resolución núm. 003/2022 y manual de funciones y mapas de procesos para garantizar la agilidad de la institución.  Evidencias: Resolución que aprueba Estructura organizativa del Hospital, Manual de Funciones, los mapas de procesos.	Se culminó la digitalización de los Mapas de Procesos por Departamentos en un 100 %.

<p>2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.</p>	<p>2- Se establece la medición de objetos por áreas de la organización a través del CAF, el POA, el SISMAP SALUD y los Acuerdos de Desempeño, que miden y evalúan cuantitativamente el desempeño y el impacto de las actividades de la organización.</p> <p>Evidencia: (Autoevaluación POA trimestral, Autodiagnóstico CAF, Cumplimiento de indicadores SISMAP Salud y Matriz Resultados de Evaluaciones de acuerdos de Desempeño)</p>	
<p>3. Se introduce mejoras del sistema de gestión y el rendimiento de la organización, de acuerdo con las expectativas de los grupos de interés y las necesidades diferenciadas de los pacientes (por ejemplo: perspectiva de género, diversidad, promoviendo la participación social y de otros sectores, en los planes y las decisiones, etc.).</p>	<p>3-hemos establecido indicadores de objetivos para las diferentes áreas de la organización, logrado en un 90%, equilibrando las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés, hemos hecho acuerdos de desempeño con el personal de acuerdo a las necesidades y metas trazadas por áreas, que fueron obtenidas a través de reuniones, buzones de sugerencias, encuestas.</p> <p>Evidencia: (acuerdos de desempeño, sala situacional, indicadores por áreas).</p>	
<p>4. Funciona un sistema de información de la gestión basado en el control interno, la gestión de riesgos y el monitoreo permanente de los logros estratégicos y operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”, NOBACI, otros).</p>		<p>No trabajamos con un Sistema de Información de la Gestión basado en el Control Interno.</p>
<p>5. Se aplica los principios de gestión de la Calidad Total o se tienen instalados sistemas de gestión de calidad o de certificación como el CAF, el EFQM, la Norma ISO 9001, etc.</p>	<p>5- Utilizamos el Modelo CAF como autodiagnóstico, se aplican las Normas ISO 9001, Sistema de Monitoreo de la Administración Pública para el Sector Salud (SISMAP Salud).</p> <p>Evidencias:</p>	

	Autodiagnóstico CAF, Sistema de puntuación afinado CAF, SISMAP Salud.	
6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.	<p>6-Hemos definido una estrategia de administración electrónica, que se ha logrado la automatización en un 80% de la organización, contamos con plantillas electrónicas elaboradas por el SNS, para los diferentes objetivos operativos de la organización, tenemos una página web, estamos iniciando con el SIP, Trabajamos con plantillas electrónicas establecidas por el SNS.</p> <p>Evidencia: (Plantillas Electrónicas, Planes Intra-Hospitalarios).</p>	
7. Está establecidas las condiciones adecuadas para la innovación y el desarrollo de los procesos organizativos, médicos y tecnológicos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.	<p>7-Hemos generado las condiciones adecuadas para los procesos y la gestión de proyectos y el trabajo en equipo en cada departamento, se ha realizado la elaboración y digitalización de los mapas de procesos y flujo gramas de procesos por departamentos. Se ha capacitado en Mapas de Procesos.</p> <p>Evidencia: (Mapas de Procesos y Flujogramas de Procesos, Capacitaciones en Mapas de Procesos.</p>	
8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.	<p>8-Creamos los diferentes comités intra y extra hospitalarios a los que mantenemos enterados y participes de todas las actividades de la institución a través de reuniones periódicas, creamos grupos de WhatsApp, entre los involucrados por áreas establecidas, grupos de mando y especialidades, circulares internas, tenemos un sistema de flotas, Pagina Web, redes sociales y se actualiza de manera periódica la cartera de servicios.</p> <p>Evidencia: (Comités, Grupos WhatsApp, Pagina Web, redes sociales y Circulares, cartera de servicios).</p>	



<p>9. Los líderes/ directivos de la organización muestran su compromiso con la innovación, promoviendo la cultura de mejora continua y fomentando la retroalimentación de los empleados.</p>	<p>9-Para mejorar la organización los directivos invitaron a los empleados para trabajar los procesos y fueron motivados a participar en los mismos y todos estos cambios fueron comunicados a nuestros clientes externos. Los encargados departamentales están empoderados, elaborando su plan de mejora por área, alineados con la estrategia institucional, empoderando su equipo mejorando sus debilidades y adaptándose a los cambios, la responsabilidad de los empleados según encuesta Abril 2023 están bien definidas en un 75%, un 78% de los empleados se siente participe de los éxitos de la institución, mantenemos un plan de capacitación constante a todo el personal de la institución, de acuerdo a las necesidades.</p> <p>Evidencia: (Reuniones, Actas, Fotos, Acuerdos, Encuesta de Clima laboral, Plan de Capacitación Anual.)</p>	
<p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p>	<p>10- Se realizan reuniones frecuentes con los comités intrahospitalarios y con grupos de interés tanto del personal como de la sociedad, con encargados de áreas, para comunicar las iniciativas de cambio y los efectos esperados ya sea de una iniciativa o plan de mejora.</p> <p>Evidencias: Reuniones, listados y actas, planes de mejoras.</p>	
<p>11. El sistema de gestión evita la corrupción y el comportamiento poco ético y también apoya a los empleados al proporcionar pautas de cumplimiento.</p>	<p>Se trabaja bajo un Sistema de Gestión de la Calidad bajo las normas ISO 90001, bajo supervisión del MAP. También trabajamos bajo las leyes, normativas y decretos del Servicio Nacional de Salud (SNS) y los Centros Hospitalarios del país. Como sistema de gestión.</p> <p>Evidencias:</p>	

	Normas ISO 90001, Leyes, Normas y Decretos que rigen el SNS y los Centros Hospitalarios. .	
--	--	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b> Jefes de Servicios y Unidades, Supervisores de Enfermería, Responsables de Formación y Docencia, etc.)</p> <p>1. Predica con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos, involucrándose en la mejora del sistema de gestión, participando en las actividades que realizan los servicios médicos, estimulando la creación de grupos de mejora, entre otros.</p>	<p>1- Todo el personal incorporado trabajando por un fin común, encargados departamentales trabajando con su equipo, realizamos charlas relacionadas con los valores y la ética, relaciones humanas.</p> <p>Evidencia: (Plan de mejora, reuniones, acuerdos, elaboración de los objetivos por aérea, acuerdos de desempeño).</p>	
<p>2. Inspira a través de una cultura de liderazgo impulsada por la innovación y basada, en la confianza mutua y la apertura, para contrarrestar cualquier tipo de discriminación, fomentando la igualdad de oportunidades y abordando las necesidades individuales y las circunstancias personales de los empleados.</p>	<p>2- Dentro del personal tenemos equidad de género, valoramos nuestros empleados por competencia evitando cualquier tipo de discriminación, atendemos usuarios de todos los grupos étnicos, tenemos empleados rehabilitados y discapacitados, todos incorporados en el equipo de gestión, en los diferentes comités de gestión.</p> <p>Evidencia: (Nómina de Personal, Reubicaciones internas del personal, personal rehabilitado ADR.)</p>	
<p>3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.</p>	<p>3- Se realizan reuniones periódicas con el equipo para mantener el personal activo, y también se aprovechan las entregas de guardias.</p> <p>Para leer las comunicaciones y se colocan en los murales.</p> <p>Evidencia: (Fotos, Comunicaciones, Reuniones, Listados, Murales).</p>	

<p>4. Empoderan y apoyan al personal en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, proporcionándoles retroalimentación oportuna, para mejorar el desempeño, tanto grupal como individual.</p>	<p>4-Apodamos a los empleados en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos, están expresados en cada comité, trabajando, cada departamento elabora su POA de acuerdo a los objetivos de la institución, y recibe ayuda de la cadena de mandos de la institución para lograr sus metas, es llevado al equipo de gestión, discutido y plasmado en los planes operativos de la institución, recibiendo el apoyo de todos los demás departamentos.</p> <p>Evidencia: (Actas, Fotos, POA y Capacitaciones.)</p>	
<p>5. Motivan, fomentan y empoderan a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.</p>	<p>5-retro alimentamos a nuestros empleados para mejorar el desempeño de sus labores individuales y grupales a través de capacitaciones, charlas, entrenamientos tanto en el hospital como fuera de él a través de las redes y verificamos su efectividad a través de evaluaciones de desempeño y el logro de los objetivos obtenidos.</p> <p>Evidencia: (Plan de capacitación, Charlas, procesos, evaluación de desempeño).</p>	
<p>6. Promueven una cultura de aprendizaje para estimular a que los empleados desarrollen sus competencias y se ajusten a los nuevos requisitos (preparándose para los imprevistos y aprendiendo rápidamente.</p>	<p>6-Delegamos Autoridad y Responsabilidad a los empleados a través de la formación de los diferentes comités intra hospitalarios en donde todos están involucrados directa o indirectamente y son participes, cuando se va un empleado de vacaciones se delegan responsabilidades lo que sirve de retroalimentación</p> <p>Evidencia: (Comités Intra-Hospitalarios, Listados, Cartas).</p>	
<p>7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.</p>	<p>7-Mantenemos la educación continuada, plan de capacitación anual por área, promociones por</p>	

	<p>competencia, Incentivos. Reconocimientos individuales y de equipo.</p> <p>Evidencia: (Listados, Charlas, Capacitaciones, Fotos de entrega de reconocimientos).</p>	
--	---	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>1. Analizan y monitorean las necesidades y expectativas de los grupos de interés, incluidas las autoridades políticas relevantes, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y comparten estos datos con la organización.</p>	<p>1-Desarrollamos análisis de los grupos de interés afines a nuestra institución, a través de entrevistas, encuestas y en base a esto elaboramos un FODA por grupos de interés, definiendo sus principales necesidades socializándose con la organización e incorporando estas a los planes de la institución para ser resueltos a pequeño, mediano y largo plazo.</p> <p>Evidencia: (Plan de Mejora, CAF, FODA, Fotos, Listados).</p>	
<p>2. Desarrollan y mantienen relaciones proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas apropiadas, promoviendo la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, el establecimiento de redes de atención socio-sanitaria, otros.</p>	<p>2-Se han ejecutado acciones compartidas con las autoridades políticas atendiendo a la misión y visión de la institución, hacemos acuerdos inter institucionales ejemplo: ayuntamientos, gobernación, entre otros. Hemos recibido la visita de la cámara de diputados en varias ocasiones y de las diferentes autoridades políticas de la provincia, para definir las necesidades de la institución.</p> <p>Evidencia: (Fotos, Invitaciones, Reuniones, Libro de Visitas, Acuerdos entre otros).</p>	<p>No se han actualizado los acuerdos Inter-Institucionales en 2024.</p>
<p>3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.</p>	<p>3-los objetivos y las metas están alineadas con las políticas públicas.( LEY GENERAL DE SALUD 42-01, LEY DE SEGURIDAD SOCIAL 87-01), así como todas las normas , protocolos creadas por SNS , para mejorar la</p>	

	<p>atención ,las políticas del MAP ,son incorporadas y nos supervisan</p> <p>Evidencia: (Leyes, normas, fotos, CAF, protocolos).</p>	
<p>4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.</p>	<p>4-Estamos llevando a cabo las políticas públicas bajo las normas del MSP y SNS trabajando sobre la incorporación para la habilitación la cual es una decisión política, además nos fijamos metas y objetivos plasmados en los diferentes planes intra hospitalarios, aplicamos evaluaciones a la adherencia a los protocolos mensualmente y somos evaluados por el SNS y regional de salud cada 3 y 6 meses.</p> <p>Evidencia: (Políticas del MSP y SNS, Fotos, Listados y Actas de Reuniones, Evaluaciones del SNS, Implementación de políticas y protocolos).</p>	
<p>5. Gestionan y desarrollan asociaciones con grupos de interés importantes (ciudadanos/clientes-pacientes y sus familias, ONG, grupos de presión, asociaciones profesionales, asociaciones privadas, asociaciones de pacientes, otras autoridades públicas, autoridades sanitarias; proveedores de productos y servicios; la red de atención primaria; centros hospitalarios, universidades, etc.).</p>	<p>5-Se han desarrollado acuerdos de gestión con los políticos y grupos de interés para el desarrollo del modelo de gestión de la institución, como son colaboración con universidades, ONG, clubes, entre otras instituciones y autoridades sanitarias y de la red.</p> <p>Evidencia: (Acuerdos y colaboraciones con las diferentes instituciones.</p>	
<p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p>	<p>6-Nosotros mantenemos vínculos con nuestras autoridades locales y diferentes organizaciones profesionales, representativas y de interés)</p> <p>Evidencia: (Encuentros, actividades, reuniones, listados de participantes y fotos.)</p>	

<p>7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización, centrado en las necesidades de los grupos de interés, especialmente, en lo que se refiere la promoción y protección de la salud, control de las enfermedades, otros.</p>	<p>7-La gerencia del hospital ha sido muy proactiva en cuanto a las relaciones públicas y alianzas tanto en el campo político como con grupos de interés; miembros sobresalientes de la comunidad, grupos gremiales así como iglesias, organismos de cooperación internacional e instituciones de salud internacionales participan activamente en los procesos de mejora de la institución, trabajamos en red con el MSP, SNS, Senasa y otras ARS Privadas y con la regional de salud.</p> <p>Evidencia: (Alianzas, acuerdos, fotos, charlas).</p>	
--	--	--

## CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>La Organización:</b></p> <p>1. Identifica las condiciones que deben cumplirse para alcanzar los objetivos estratégicos, mediante el análisis regular del entorno externo, incluido el cambio legal, político, variables socioculturales, económicas y demográficas; factores globales como: el cambio climático, los avances médicos y los cambios en la atención al paciente; avances tecnológicos y otros, como insumos para estrategias y planes.</p>	<p>1-Se identifican las condiciones basándonos en la estructura del plan estratégico institucional que nos facilita el SNS. Dicha planeación se elabora partiendo y teniendo como referencia el análisis situacional del entorno y condiciones internas y externas.</p> <p>Evidencias: Formulación de Planes Operativos (POA) y formulación de presupuesto.</p>	
<p>2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.</p>	<p>2- Se identifican todos aquellos grupos relevantes realizando con ellos reuniones y acuerdos de gestión, recopilamos, analizamos y revisamos de forma sistemática la información sobre los grupos de interés, sus necesidades y expectativas, buscando satisfacerlas.</p>	<p>No se han actualizado en este año las alianzas y Acuerdos interinstitucionales.</p>

	Evidencia: (Acuerdos y alianzas Interinstitucionales, reuniones).	
3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.	3- Se analizan las leyes y reformas del sector público especialmente las establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) y Sistema Nacional de Salud, para definir y revisar estrategias efectivas para nuestra institución.  Evidencia: (Reformas del Sector Salud).	
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.).	4- se evalúa sistemáticamente, se trabaja de manera continua el Plan de Mejora Institucional para lograr el desempeño y mejora de la institución , así como el poa , diferentes indicadores establecidos por área , productividad , sala situacional, SISMAP Salud.  Evidencia: (Plan de Mejora, POA, CAF).	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
±.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.	1-A partir de la misión y la visión elaboramos nuestros objetivos estratégicos y realizamos las acciones a seguir basadas en un análisis de riesgo, las cuales están asociadas con las establecidas con los entres superiores.  Evidencia: (Misión, Visión y El Plan Estratégico, Plan de Mejora, POA,).	

<p>2. Involucra los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, incluyendo los usuarios (individuos, familias y comunidades) al igual que otros sectores y subsectores que intervienen en la resolución de los problemas sanitarios, dando prioridad a sus expectativas y necesidades.</p>	<p>2- Involucramos a los grupos de interés en el desarrollo de las estrategias de planificación, equilibrando y dando prioridad a sus expectativas y prioridades, son participes en el consejo de administración, con voz y voto, hacemos encuestas de satisfacción, jornada Kaizen.</p> <p>Evidencia: (Fotos, actas, listados, encuestas, jornada Kaizen, entrevistas).</p>	
<p>3. Integra aspectos de sostenibilidad, gestión ambiental, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización.</p>	<p>3- En la gestión del Centro se integran los aspectos de sostenibilidad, responsabilidad social, diversidad y transversalización de género en las estrategias y planes de la organización todos están integrados en el POA.</p> <p>Evidencia: (POA).</p>	
<p>4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.</p>	<p>4- Aseguramos la disponibilidad de los recursos con la contratación y venta de servicios de las ARS, presupuesto del servicio nacional de salud, e instituciones, en conjunto también con compras y contrataciones y el SISCOMPRA.</p> <p>Evidencia: (Presupuesto).</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>Los líderes (directivos y supervisores):</b> I. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</p>	<p>1- Se implementa las diferentes estrategias y planificaciones, basado en las metodología, FODA, definimos las prioridades, las cuales son llevadas a los diferentes planes de la institución, definiendo</p>	



	<p>procesos y proyectos, y estructuras organizativas adecuadas.</p> <p>Evidencia: (Plan estratégico, FODA, POA)</p>	
<p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>	<p>2- A través de diferentes herramientas de participación con los grupos de interés se traduce los objetivos estratégicos para lograr las metas, planes y tareas, con la participación de todos los colaboradores de la Institución.</p> <p>Evidencia: (Plan estratégico, plan operativo).</p>	
<p>3. Comunican de forma eficaz los objetivos, las estrategias, los planes de desempeño y los resultados previstos/logrados, dentro de la organización y a otros grupos de interés para garantizar una implementación efectiva.</p>	<p>3- Hemos desarrollado planes y programas en base a los objetivos del milenio en cada departamento, con objetivos y resultados para cada unidad, con sus indicadores, que establezcan el nivel de cambio a conseguir, fijamos metas por departamentos y los indicadores obtenidos son visualizados a través del POA, El SISMAP y la Memoria Institucional, discutidos por departamentos.</p> <p>Evidencia: (POA, Memoria Institucional, SISMAP salud).</p>	
<p>4. Aplican métodos para el monitoreo, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización en todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama) para ajustar o actualizar las estrategias, si es necesario.</p>	<p>4- Se monitorean y se miden de manera mensual y trimestral, los logros de la institución en todos los niveles y mediante las autoevaluaciones se ajustan o actualizan dichas estrategias.</p> <p>Evidencia: (Autoevaluaciones POA, SISMAP Salud.)</p>	

**SUBCRITERIO 2.4. Subcriterio: Gestionar el cambio y la innovación para garantizar la agilidad y la capacidad de recuperación de la organización.**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.</p>	<p>1- Se identifican las necesidades de innovación y de impulsarse al cambio para la transformación digital. En este orden tenemos algunas áreas priorizadas están siendo transformadas digitalmente para la automatización de los procesos, continuamos identificando las demás para incluirlas en dicha innovación.</p> <p>Evidencia: (Áreas transformadas Digitalmente).</p>	
<p>2. Construye una cultura impulsada por la innovación y crean un espacio para el desarrollo entre organizaciones, por ejemplo: a través de la formación, el benchmarking/benchlearning, laboratorios de conocimiento, etc.</p>	<p>2-El Centro ha realizado Benchmarking/benchlearning con otros centros vía telefónica y otros centros han realizado el Benchmarking/benchlearning con nosotros como son: Hospital Municipal Dr. Guarionex Alcántara Rancho Arriba y Hospital Juan Pablo Pina para conocer e impulsar nuevas prácticas y poner en función en los Centros.</p> <p>Evidencia: (Fotos de Benchmarking).</p>	
<p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p>	<p>3-Se comunican las políticas de innovación y os resultados de la organización con encargados departamentales que tienen incidencias en los procesos ya planificados. Para llevar a cabo con los grupos de interés.</p> <p>Evidencias: Actas de Reuniones y listados de participantes.</p>	

4. Implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.	4-	No se evidencia
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.	5-El Centro Hospitalario está siendo remozado especialmente las áreas de emergencias y hospitalización para mejorar cada día la Calidad de los Servicios a los Usuarios. Así como se realizan planes de mejora enfocados a mejorar la calidad de los servicios. Además de agregar nuevas especialidades a la cartera de servicios.  Evidencia: Plan De Mejora, Evidencias del remozamiento, Cartera de Servicio.	
6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	6- Garantizamos los recursos necesarios a través de un plan operativo, con presupuesto establecido para los cambios planificados y los que puedan surgir que dependan del Centro y no del SNS.  Evidencia: (Presupuestos, POA).	

### 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.	1-Se analizan periódicamente las necesidades actuales y futuras en base a enfermedades, licencias, vacaciones y permiso, teniendo en cuenta dichas áreas previo a un entrenamiento y capacitaciones que aseguren la continuidad y calidad del servicio.  Evidencia: (Plan de Capacitación Anual).	

<p>2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.</p>	<p>2-desarrollamos una política de gestión de recursos humanos, basada en estrategias y planificación, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro, así como criterios sociales, en base a las necesidades de los empleados, su competencia, flexibilidad de horarios, se ha permitido a los colaboradores superarse en cuanto a educación, dentro de nuestra empleomanía tenemos personal con discapacidad siendo así evaluados por ADR tanto la institución como el personal para la inserción del mismo en su puesto de trabajo, otorgamos permiso de paternidad y maternidad.</p> <p>Evidencia: (Certificados, capacitaciones, Ley 41-08 y el Reglamento 472-12). Las políticas y Procedimientos Internos están en Proceso de Elaboración.</p>	
<p>3. Implementa en la política de recursos humanos, los principios de equidad, neutralidad política, mérito, igualdad de oportunidades, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral.</p>	<p>3- Se implementa la Política de Recursos Humanos a nivel de equidad, diversidad, responsabilidad social y equilibrio entre el trabajo y la vida laboral. Con ciertas limitaciones en cuanto a la neutralidad política a nivel provincial.</p> <p>Evidencia: (Oficios de solicitud de nombramientos utilizando los principios de diversidad y estadística de equidad).</p>	
<p>4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.</p>	<p>4- Trabajamos directamente con el INAP y le mostramos al colaborador la cartera de carreras, cursos, diplomados, donde se les motiva a profesionalizarse y partiendo de eso se realiza un plan de capacitación. Luego de ellos ser capacitados o haber realizado alguna carrera y presentar la documentación pertinente se realiza una reclasificación de cargo.</p>	

	Evidencias: Solicitud de Reclasificación de Cargo y Reubicación del Mismo, Plan de Capacitación.	
5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación	<p>5-Se realizan las mediciones de competencias del personal, se promueve el conocimiento y puesta en práctica de la misión, la visión y los valores en cada uno de los colaboradores para lograr los objetivos que esta persiguen, además de que se realizan reubicaciones internas del personal según las habilidades y competencias que presenten para el desempeño de sus funciones.</p> <p>Evidencia: (Reubicación Interna de personal reconocimientos, e incentivos).</p>	
6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).	<p>6- En el proceso de selección y desarrollo de la carrera profesional se realiza de una manera justa, con igualdad de oportunidades y atendiendo a la diversidad, tenemos colaboradores de diferentes culturas, religiones, edades, géneros y discapacitados que cumplen con funciones específicas que pueden desarrollar sin ningún impedimento.</p> <p>Tenemos una percepción positiva de un 75.51% de equidad y Género en la encuesta de Clima Y cultura organizacional 2023.</p> <p>Evidencia: (Certificaciones de personal con cierta incapacidad, colaboradores rehabilitados por ADR, Nombramientos de personal de diferentes índoles, Encuesta de Clima y Cultura).</p>	
7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas	7- Se realizan los Acuerdos de Desempeño estableciendo metas y objetivos claros y precisos a cumplir por cada colaborador, para medir el desempeño en sus funciones.	

	Evidencias: Acuerdos de Desempeño.	
8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Si se realiza monitoreo con los colaboradores cada tres meses para verificar que estén cumpliendo con las metas establecidas y realizar diálogos y acuerdos de cumplimiento y evaluaciones del desempeño.  Evidencia: Acuerdos y Evaluaciones de Desempeño, Minuta Estandarizada de Monitoreo.	
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.	9- En coordinación con la Dirección Provincial de salud (DPS) se conformó la unidad de género y salud en este centro, se le capacito a quien se ha designado de manera interna como encargada de género, en cuanto a las políticas de género y funciones de la unidad. Al personal se le ha impartido capacitaciones acerca de Violencia de Genero.  Evidencia: Políticas, Fotos y certificados de capacitación.	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
I. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.	1- En este Centro de Salud se trabaja con los perfiles de cargos, aun no se ha implementado la política de perfiles de competencias incluidas en los acuerdos de desempeño. Si se evalúan los perfiles docentes, de investigación y las capacidades gerenciales.  Evidencia: (Expedientes de los colaboradores, enfermeras reclasificadas como docentes).	

2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	<p>2- Se realiza una asesoría interna de forma individual (Inducción) al personal de nuevo ingreso y luego pasa a su área asignada en la cual su supervisor inmediato le da seguimiento.</p> <p>Evidencia: Perfil de funciones, formulario de Inducción.</p>	
3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.	<p>3- De acuerdo a la competitividad y el talento humano del empleado es ubicado en otros lugares.</p> <p>Evidencia: Nomina, reubicaciones internas y traslados dentro del Sistema.</p>	
4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).	<p>4- Se desarrollan métodos modernos de formación, a través de diferentes plataformas como zoom, google mets, teams, enfoques multimedia, con relación a la mejora de los puestos de trabajo.</p> <p>Evidencia: Formaciones vía Plataformas, listados de formaciones digitales).</p>	
5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.	<p>5-Planificamos actividades formativas en el plan de capacitación anual, Junto al infotep hemos realizado talleres formativos en las áreas de gestión de riesgo, enfoque de género y ética, talleres de relaciones humanas para disminuir los conflictos de interés, atención al usuario, comunicación efectiva.</p> <p>Evidencia:</p>	

	(Talleres, listados, certificaciones de capacitaciones, plan de capacitación anual).	
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.	6-se está implementando una metodología de medición de capacidades en relación a los programas de formación, se realizó un análisis de evaluación de costo-beneficios en relación al impacto de los programas de formación.  Evidencias: Informe de Análisis de la relación de costos-beneficios en los programas de formación.	

### 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.	1- Se implementa un sistema de información y dialogo, mediante reuniones y mesas de trabajo donde fluye una comunicación abierta y se fomentan las ideas y el trabajo en equipo. Además se han impartido capacitaciones de Comunicación Efectiva y Trabajo en equipo.  Evidencias: Mesa de trabajo para la autoevaluación CAF, Autoevaluación POA Trimestral 2024, Plan Anual de capacitación 2024.	
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.	2-Se motiva al personal a que mantenga un rol activo en la organización, como es en el desarrollo e implementación de planes de mejora, estrategias y procesos, actividades de mejoras e innovación.  Evidencia: Planes de mejora, acuerdos.	



<p>3. Se realiza periódicamente encuestas a los empleados para medir el clima laboral y los niveles de satisfacción del personal y se publican los resultados y acciones de mejora derivadas.</p>	<p>3-Realizamos encuestas de Medición de Clima Laboral y estas son publicadas en los murales y en la sala situacional.</p> <p>Evidencia: Informe de resultados de Encuestas y publicaciones, murales, sala situacional.</p>	<p>No se evidencia la Medición de Clima Laboral publicada en los murales, debido a que los mismos fueron retirados de las paredes por la remoción del centro.</p>
<p>4. Se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.</p>	<p>4- Se aseguran buenas condiciones ambientales de trabajo en la organización tanto a nivel visual como auditivo, incluyendo el cuidado de la salud de los colaboradores, tenemos en acción el comité de Bioseguridad y de las IAAS, y se ha capacitado al personal en bioseguridad vía INFOTEP y se tiene pendiente una de Ergonomía laboral, en asesoramiento con la unidad de epidemiología. Se ha solicitado a Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL), realizar una evaluación de Riesgos laborales.</p> <p>Evidencias: Actas Constitutivas Comités, Plan de Capacitación anual 2024, Solicitud realizada a IDOPPRIL.</p>	<p>No se ha realizado la evaluación de Riesgos Laborales, debido a que no hemos tenido respuesta alguna de IDOPPRIL.</p>
<p>5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.</p>	<p>5-Realizamos consultas periódicas a los empleados así como analíticas, se capacitan sobre bioseguridad y prevención infecciones nosocomiales para el cuidado de su salud y seguridad laboral, contamos con privados de internamiento para médicos y enfermeras y familiares directos, además de otorgar vacaciones para el descanso de los colaboradores, en la última encuesta de clima laboral de la institución realizada por el MAP obtuvimos en este renglón un 76.73% como positivo.</p> <p>Evidencias: Vacaciones, Encuestas de Clima Laboral.</p>	<p>No se evidencia el funcionamiento de los privados de internamiento, debido a la remoción del centro.</p>

<p>6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p>	<p>6- Los empleados con discapacidad son ubicados en lugares de acuerdo a su condición de salud, les damos facilidades para sus citas médicas y gestionamos sus medicamentos.</p> <p>Hacemos acuerdos de horarios con el personal, prestando atención a las necesidades de los trabajadores y licencias de maternidad y los hacemos partícipes en los asuntos de la institución.</p> <p>Evidencia: Acuerdos, licencias, Certificación de ADR en personal con incapacidad y certificaciones del Instituto Nacional de la Ceguera.</p>	
<p>7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo).</p>	<p>7- Se aplican métodos para recompensar el personal como son Reconocimientos al personal por su desempeño.</p> <p>Evidencia: Fotos de los reconocimientos entregados.</p>	

#### **CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.**

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

##### **SUBCRITERIO 4.1. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p><b>Los líderes de la organización:</b></p> <p>1. Identifican a socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público para construir relaciones sostenibles basadas en la confianza, el diálogo, la apertura y establecer el tipo de relaciones. Por ejemplo: Proveedores de equipos, insumos o servicios; universidades; grupos de voluntariados, organizaciones comunitarias, y sociedad civil, organismos internacionales, ARS, etc.).</p>	<p>1-Nuestra organización tiene identificado sus socios claves tanto públicos y privados por ejemplo en el sector público promese cal, Senasa y en el sector privado estamos trabajando con 13 ARS privadas a las que le vendemos servicio, tenemos proveedores de materiales y suministros, acuerdos de colaboración con la sociedad civil junta para el desarrollo, club rotario, defensa civil, hogar crea, dueños de invernaderos.</p>	

	<p>Evidencia: Listados de socios, facturas, acuerdos firmados</p>	
<p>2. Desarrollan y gestionan acuerdos de colaboración, teniendo en cuenta el potencial de diferentes socios para lograr un beneficio mutuo y apoyarse mutuamente, con experiencia, recursos y conocimiento; incluyendo intercambiar buenas prácticas, servicios en redes y los diferentes aspectos de la responsabilidad social, entre otros. Por ejemplo: Laboratorios, Centros de Salud, etc.</p>	<p>2-Hemos realizado alianzas con estos socios claves que nos ofertan productos que cumplan con los criterios establecidos por los estándares de calidad, y hemos hecho alianzas estratégicas con instituciones afines de la provincia, con colaboración mutua en los servicios. Productos genéricos normas administrativas, en el caso del ayuntamiento y gestión de desechos.</p>	<p>No se han renovado los acuerdos de colaboración en el año 2024.</p>
<p>3. Definen el rol y las responsabilidades de cada socio, incluidos los controles, evaluaciones y revisiones; monitorea los resultados e impactos de las alianzas sistemáticamente.</p>	<p>3-Nuestra organización desarrolla e implementa proyectos con instituciones del sector público, pertenecientes al mismo sector y diferentes niveles institucionales, como son HOPE International, DPS, ADESJO, Medio Ambiente, Servicio Regional de Salud y Servicio Nacional de Salud.</p> <p>Evidencia: Informe de monitoreo de los resultados de las alianzas y proyectos.</p>	
<p>4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.</p>	<p>4- Se identifican las necesidades de realizar alianzas con diferentes organismos e instituciones publico privadas y luego se procede a llegar a acuerdos y alianzas de colaboración.</p> <p>Evidencia: Acuerdos de Colaboración.</p>	<p>No se han renovado los acuerdos de colaboración en el año 2024.</p>

<p>5. Aseguran los principios y valores de la organización seleccionando proveedores con un perfil socialmente responsable en el contexto de la contratación pública.</p>	<p>5-Hemos realizados alianzas para identificar las necesidades del sector público y privado, a largo plazo y la hemos desarrollado cuando sea apropiado.</p> <p>Evidencia: Cotización, conduce, Listados de proveedores debidamente constituidos y con facturas de comprobante gubernamental, alianzas.</p>	
---	--	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.</p>	<p>1-Animamos activamente a los ciudadanos/clientes a través de los grupos de interés a organizarse en comités para que sirvan de apoyo a las acciones de la institución, hospital en tu comunidad, a través de las encuestas y de los buzones.</p> <p>Evidencia: Consejo de administración, Comité de usuario, encuestas de satisfacción, buzones de quejas y sugerencias, fotos, carta de Renuncia, Desvinculación.</p>	<p>No se está realizando la Encuesta de Satisfacción al usuario ni se le está dando la apertura a los buzones, debido a que la encargada de Atención al Usuario renuncio a sus labores en el centro el pasado 14 de Febrero de 2024, se ha solicitado dicho nombramiento para esa plaza y seguimos a la espera de la misma.</p>
<p>2. Garantiza la transparencia mediante una política de información proactiva, que también proporcione datos abiertos de la organización, derechos y deberes de los pacientes, etc.</p>	<p>2-Nuestra institución desarrolla realiza política periódica de información sobre el funcionamiento de la organización: estructura, desarrollo de procesos. Informes, del departamento atención al usuario, a través de medios de comunicación, rendimos informes a los diferentes comités intra y extra hospitalarios, para mantenerlos informados. Se colocan en puntos estratégicos los derechos y deberes de los usuarios.</p> <p>Evidencia: Informes de procesos de comunicación sobre temas relevantes de la organización, Derechos y deberes de los usuarios.</p>	

<p>3. Desarrolla una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad, como, por ejemplo: el Catálogo de Servicios y las Cartas Compromiso de Servicios al Ciudadano.</p>	<p>3-Nuestra organización cuenta con las herramientas necesarias para recoger las informaciones y sugerencias, quejas, reclamos de los ciudadanos clientes a través de encuestas, entrevistas, buzones de sugerencias, jornada Kaizen, sondeos de opinión en las reuniones, son analizadas y difundidas en los murales, reuniones, entrega de guardias y Sala situacional.</p> <p>Evidencia: Buzones, encuestas, murales, sala situacional, Cartera de Servicios.}</p>	
---	--	--

**SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.</p>	<p>1-La institución mantiene y asegura la transparencia financiera y presupuestaria con controles de libros (de entradas y salidas) y auditorias financieras internas. Asegura una gestión eficiente de los recursos financieros disponibles, nuestra gestión financiera está basada en los objetivos y lineamientos estratégicos de la institución.</p> <p>Evidencia: (POA) Planificación anual acorde con el plan estratégico.</p>	

<p>2. Se realiza esfuerzos por mejorar continuamente los niveles de eficiencia y la sustentabilidad financiera, mediante la racionalización en el uso de los recursos financieros y económicos, como, por ejemplo: Control de inventario y almacenamiento de medicamentos e insumos médicos, equipos y otros; el control de la facturación para evitar pérdidas significativas en el registro de los procedimientos realizados a pacientes (glosas); mejoras en las condiciones de habilitación y servicios para aumentar la capacidad de ser Contratados por ARS, etc.</p>	<p>Se elaboró un plan de mejora de facturación para la disminución de las glosas, lo que ha llevado a un porcentaje mínimo de 2.40% promedio. También se realiza un control de inventario de medicamentos e insumos donde se registra las entradas y las salidas de los mismos. Además mensualmente se realizan pagos para ir amortizando la deuda. El SNS está realizando un remozamiento en etapa final donde se están mejorando las áreas donde nos fortalecerán las condiciones para la contratación de las ARS que nos faltan. En miras a seguir racionalizando el uso de los recursos financieros.</p> <p>Evidencia: Plan de mejora de facturación, Sugemi, Inventario de Medicamentos e Insumos. Informe del Comportamiento de pagos realizados.</p>	
<p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>	<p>3-hacemos nuestro presupuesto de una manera mensurada y cuidadosa ya que los recursos son limitados y las necesidades son mayores Integrado objetivos claros y metas que podamos cumplir.</p> <p>Evidencia: Presupuesto e Informes financieros en los que se detalla o se puede observar las variables de gastos.</p>	
<p>4. Asegura la transparencia financiera y presupuestaria, por ejemplo: mediante la publicación de la información presupuestaria en forma sencilla y entendible.</p>	<p>4-Nuestra organización aplica herramientas que nos permitan transparentar nuestros ingresos y gastos, realizamos auditorías internas Y AUDITORIA DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA , de la dirección de fiscalización y control del Servicio Regional de Salud y del Servicio Nacional de Salud. Los cuales están presentados de forma clara y entendible.</p>	

	Evidencia: Presupuesto e informes de su cumplimiento.	
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	Se reporta correctamente, todos los meses, el área de administración.  Evidencias: Reportes trimestrales.	

**SUBCRITERIO 4.4. Gestionar la información y el conocimiento.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
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.	1-La Gerencia Hospitalaria tiene un gran apoyo en la unidad de análisis institucional en el departamento de epidemiología y estadística la cual desarrollan sistemas de información para la Gerencia Recogiendo, Evaluando, Analizando y almacenando los datos relevantes de acuerdo con la Estrategia y los Objetivos Operativos de la Organización.  Evidencia: (Sala situacional, informes estadísticos, publicaciones, datos almacenados).	
2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.	2-Garantizamos que la información esté disponible es recogida, procesada y usada eficazmente y realizando informes a la gerencia para la toma de decisiones.  Evidencia: (Almacenamos en todas las áreas ej. Facturación, archivo, administración, y tenemos un pasivo, backup).	
3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.	3-La Institución está aprovechando la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las	

	<p>habilidades digitales y realizar la sistematización y automatización de procesos de la organización</p> <p>Evidencia: (Procesos y áreas digitalizadas, personal que maneja la tecnología y soporte técnicos en informática, utilización de Intranet).</p>	
4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.	<p>4-La institución está iniciando el proceso de automatización por algunas áreas y también se está capacitando a los empleados al respecto asegurándonos que estos tengan conocimiento relacionado con sus tareas y objetivos. Usamos el internet, las redes sociales, y las diferentes plataformas para capacitar y mantener informado el personal.</p> <p>Evidencia: Plan de capacitación, capacitaciones impartidas por la regional de Salud y el Servicio Nacional de salud.</p>	
5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.	5-	No se realiza el monitoreo del manejo de la información y el conocimiento de la organización.
6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.	<p>6- Dentro de los canales internos para garantizar que los empleados tengan acceso a las informaciones y conocimientos relevantes están las: Circulares internas, Murales, grupos de WhatsApp donde se envían informaciones de interés, Reuniones para tratar temas relevantes e informes, correos electrónicos.</p> <p>Evidencia: Circulares, lista de participación, informes, murales y grupos de WhatsApp.</p>	
7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.	Se promueve la transferencia de conocimientos entre los colaboradores, compartiendo los conocimientos e informaciones para mejorar la calidad de los procesos.	



	Evidencias: Datos y archivos informáticos.	
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.	7- Se asegura el acceso y el intercambio de información relevantes con las partes interesadas y teniendo en cuenta las necesidades específicas, los canales por los cuales se brinda la información y los plazos para suministrar la misma.  Evidencia: Informes, constancias, certificaciones.	
9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.	Las informaciones claves para la realización de las labores están guardadas en los sistemas de cada departamento y base de datos, además cada colaborador saliente tiene el compromiso de entrenar y traspasar los conocimientos a quien le va a sustituir.  Evidencias: Archivos informáticos.	

#### **SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.	1-Se ha implantado una política integral de gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos de la institución se aplica de forma eficiente en la gestión de tareas usando, la estructuración de la red informática del centro, actualización de la página WEB por parte de la OPTI y plantillas electrónicas estamos en los procesos de mejorar utilizando algunas herramientas tecnológicas.  Evidencia: Computadoras, equipos, normas, protocolos, entre otros.	

<p>2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.</p>	<p>2-Nuestra Institución cuenta con el programa SINERGIA el cual nos permite monitorizar el tiempo de retorno al evaluar el tiempo de entrega de resultados en área de laboratorio.</p> <p>Evidencia: (programa).</p>	
<p>3. Identifica y usa nuevas tecnologías, relevantes para la organización, implementando datos abiertos y aplicaciones de código abierto cuando sea apropiado (Big data, automatización, robótica, análisis de datos, etc.).</p>	<p>3- El centro identifica las nuevas tecnologías y sigue en proceso de automatizar todo el centro, se han implementado nuevos sistemas en diferentes departamentos y análisis de datos, entre otros.</p> <p>Evidencia: (Áreas automatizadas, sistemas implementados en laboratorio (SINERGIA), análisis de datos.</p>	
<p>4. Utiliza la tecnología para apoyar la creatividad, la innovación, la colaboración (utilizando servicios o herramientas en la nube) y la participación.</p>	<p>4-Aplicamos de forma eficiente las tecnologías más adecuadas teniendo en cuenta el nivel educativo de los grupos de interés uso de la tecnología en los talleres, informes, actividades formativas, intercambio de ideas con grupos de interés).</p> <p>Evidencia: talleres, informes.</p>	
<p>5. Aplica las TIC para mejorar los servicios internos y externos y proporcionar servicios en línea de una manera inteligente en procura de satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.</p>	<p>5- Hemos definido como las TIC pueden ser utilizadas para mejorar el servicio prestado, tenemos página Web, estamos en las redes sociales, estamos iniciando en la implementación del SIP, tenemos un spot publicitario, videos informativos en el área de consulta y recepción, hemos sistematizado un 80% de las áreas del hospital.</p> <p>Evidencia: (página web, redes sociales, TV en área de consulta, spot publicitario).</p>	

<p>6. Toma medidas para proporcionar protección efectiva de datos y seguridad cibernética, implementando normas/protocolos para la protección de datos, que garanticen el equilibrio entre la provisión de datos abiertos y la protección de datos.</p>	<p>6-Se está adoptando un marco de trabajo de la tecnología , para ofrecer servicios online como es la solicitud y fijación de citas , y se están enviando y recibiendo informaciones vía electrónica a otras instituciones</p> <p>Evidencia: (Citas, informaciones online).</p>	
<p>7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: la gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.</p>	<p>7-La institución da uso a los correos electrónicos para informaciones tanto a nivel externa como interna, lo que permite una reducción en el impacto económico y ambiental.</p> <p>Evidencia: Correos electrónicos.</p>	
<p>8. Gestiona los procesos del SUGEMI acorde al modelo de atención que permita un abordaje de organización y la razón de mejorar los resultados para garantizar el acceso a medicamentos de calidad.</p>	<p>Se Realiza Correctamente el llenado de los formularios del SUGEMI, para la realización de los pedidos del departamento de Farmacia.</p> <p>Evidencia: Fotos de facturas, SUGEMI.</p>	

**SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.**

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

<p>1. Garantiza la provisión y el mantenimiento efectivo, eficiente y sostenible de todas las instalaciones (edificios, oficinas, suministro de energía, equipos, medios de transporte y materiales).</p>	<p>1-La institución cuenta con el emplazamiento físico adecuado a la necesidad de nuestros usuarios/clientes, se realiza un plan de mantenimiento preventivo y correctivo por año con un seguimiento trimestral, pero se garantiza el mantenimiento a las instalaciones y los suministros correspondientes.</p> <p>Evidencia: Seguimiento al plan de mantenimiento.</p>	
<p>2. Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.</p>	<p>2-La instalación cuenta con espacios adecuados a las necesidades de los empleados y de nuestros ciudadanos/clientes, basados en los objetivos estratégicos y operativos.</p> <p>Evidencia: (Áreas con rampas como emergencias y consultas tanto para entrada de usuarios y colaboradores, fotos de las instalaciones).</p>	
<p>3. Aplica la política de ciclo de vida en un sistema integrado de gestión de instalaciones (edificios, equipos técnicos, etc.), que incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura.</p>	<p>3- La institución cuenta con un encargado de mantenimiento que monitorea y evalúa las instalaciones físicas, el mantenimiento de los equipos médicos se realiza por programación, la planta eléctrica recibe mantenimiento trimestral y tiene un programa pre-diseñado de horas de uso, el mantenimiento de la cisterna con cloro depende de los galones de agua y se limpia mensual. Se incluye su reutilización, reciclaje o eliminación segura a través de formularios estandarizados por el SNS.</p> <p>Evidencia: (Reportes de áreas de mejoramiento. Facturas de materiales utilizados para el mejoramiento estas instalaciones, Formularios.)</p>	

<p>4. Asegura de que las instalaciones de la organización brinden un valor público agregado (por ejemplo, al ponerlas a disposición de la comunidad local).</p>	<p>4- Las instalaciones del Centro están a disposición de todos los usuarios en especial de la comunidad local, como la ambulancia, los privados, colaboración para pasantías, en áreas de rayos x, enfermería, farmacia, laboratorio, paramédicos, otros.</p> <p>Evidencia: Solicitudes de pasantía, certificaciones emitidas luego de terminar la pasantía.</p>	
<p>5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p>	<p>5-El Centro garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transparente y los recursos energéticos, mantenimiento a los medios de transporte, se utilizan bombilla de bajo consumo y LED, se apagan los equipos que no se utilizan y se tienen dos plantas eléctricas para casos imprevistos.</p> <p>Evidencia: Facturas de mantenimiento, fotos de las bombillas y de quipos apagados.</p>	
<p>6. Garantiza la adecuada accesibilidad física a los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los pacientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público).</p>	<p>6-Contamos con la adecuada accesibilidad al centro, contamos con aparcamiento tanto para los colaboradores como para los usuarios, transporte de ambulancia.</p> <p>Evidencia: Fotos de aparcamiento, ambulancia.</p>	
<p>7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.</p>	<p>Tenemos definido y funcionando el comité de Emergencias y Desastres y su plan correspondiente.</p> <p>Evidencias: Acta Constitutiva, fotos, listados de participación, plan.</p>	
<p>8. Dispone de un Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil, entre otros)</p>	<p>Tenemos el plan de mantenimiento actualizado. Por la capacidad del centro no contamos con área de neonatología ni UCI.</p>	

	Evidencias; Plan de Mantenimiento, fotos.	
9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).	Contamos con inventarios de activos fijos y descargos de chatarras, que se realizan según el programa de administración de bienes de la red.  Evidencia: Matriz de Inventarios de Activos Fijos, Formulario del descargo realizado.	
10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.	Tenemos el comité conformado de Bioseguridad el cual se encarga de la vigilancia del saneamiento, además del departamento de epidemiología, que le da seguimiento a la gestión de los Desechos y Residuos Sólidos, utilizando la ruta establecida, además de casetas establecidas para la separación de desechos comunes y desechos infecciosos.  Evidencia: Acta Constitutiva del Comité de Bioseguridad, Formularios. Formulario de supervisión de bioseguridad, Fotos de Casetas.	

## 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.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<b>La organización:</b> I. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.	1-Se trabajó con los flujogramas de procesos por áreas y los mapas de procesos Identificados por cada departamento, cada encargado departamental realizó un diplomado de mapas de procesos con el INFOTEP, se socializo con el personal y los	No se ha realizado la publicación de los mapas de procesos.

	<p>encargados departamentales y cada uno elaboro sus procesos, asentados en el libro de proceso logrado en un 90% siendo estos digitalizados pero aún no han sido publicados.</p> <p>Evidencia: Los mapas de procesos y Flujogramas de Procesos.</p>	
<p>2.Los procesos clave son descritos, documentados y simplificados, de forma continua, en torno a las necesidades y opiniones de los pacientes, para garantizar una estructura organizativa y gestión ágil y eficiente.</p>	<p>2- En Abril de 2024 la encargada de calidad institucional junto a los encargados departamentales realizaron los Mapas de Procesos de Cada Departamento culminando estos en un 90%.</p> <p>Evidencias: Mapas de Procesos.</p>	
<p>3.Impulsa la innovación y la optimización de procesos, aprovechando las oportunidades de la digitalización, prestando atención a las buenas prácticas nacionales e internacionales e involucrando a grupos de interés relevantes, a fin de satisfacer a los pacientes y sus familiares, al personal y a otros grupos de interés, generando valor agregado.</p>	<p>3- Se identifican las necesidades de innovación y de impulsarse al cambio para la transformación digital. En este orden priorizamos los procesos que deben automatizarse y digitalizarse para la optimizar los mismos, continuamos identificando las demás para incluirlas en dicha innovación.</p> <p>Evidencia: (Procesos automatizados y digitalizados.).</p>	
<p>4.Analiza y evalúa los procesos, los riesgos y factores críticos de éxito, regularmente, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante, y asignando los recursos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos.</p>	<p>4-analizamos y evaluamos los procesos a través de encuestas, entrevista y buzones de sugerencias, Tenemos Indicadores de medición, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y la asignación de recursos para darle cumplimiento a los mismos. Aplicamos el FODA para medir los riesgos, se discuten en el comité de calidad.</p> <p>Evidencia:</p>	<p>No se ha medido la encuesta y con ello la apertura de los buzones de sugerencias desde el 14 de Febrero de 2024 que la encargada de Atención al Usuario renuncio a sus labores en el centro y no se ha designado una persona para dichas funciones.</p>

	(Indicadores de Medición como SISMAP, Evaluación POA, FODA, Presupuesto, Carta de Renuncia, Desvinculación)	
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.).	5-Contamos con Indicadores de Medición de Resultados, que monitorea la eficacia de los procesos y servicios ofertados.  Evidencia: SISMAP Salud, Evaluación POA, Encuesta de Satisfacción y Cartera de servicios.	
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.	6- Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) Contamos con un sistema de referencias y Contra referencias de la Red y Matriz de Referencia y Contra referencia de la Red. Además Se realiza correctamente el control de los protocolos epidemiológicos, a través de Departamento de Epidemiología y de los Comités conformados de las IIAAS y el comité de Bioseguridad, otros afines.  Evidencias: Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), Matriz y Sistema de Referencia y Contra referencia de la Red actas constitutivas Comités Mencionados, Carta de Renuncia, Desvinculación.	No se están realizando las Referencias y Contra referencias desde el 14 de Febrero de 2024 que la Encargada de Atención al Usuario renuncio a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento para dicha plaza y estamos a la espera del mismo.
7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.	El Hospital San José tiene su habilitación actualizada.  Evidencias: Licencia de habilitación de Salud Pública.	

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
-----------------	---	------------------------



<p>1. Identifica, diseña, entrega y mejora los servicios y productos, utilizando métodos innovadores e involucrando a los pacientes y grupos de interés para identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas. Por ejemplo: por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, procedimientos de gestión de reclamos, aplicando la diversidad y la gestión de género, otros.</p>	<p>1- Se identifican y mejoran continuamente los servicios ofertados, para lo cual nos mantenemos innovando en los procesos y servicios, adquiriendo nuevos equipos y sistemas que mejoren los procesos, se toman en cuenta las opiniones de diferentes grupos de interés a través del Manejo de Quejas y sugerencias, Encuestas de satisfacción, otros.</p> <p>Evidencia: (Encuestas de Satisfacción, Matriz de Manejo de Quejas y Sugerencias, sistemas implementados, nuevos equipos adquiridos, Carta de Renuncia, Desvinculación).</p>	<p>No se están realizando las Encuestas de Satisfacción ni la Matriz de Quejas y Sugerencias desde el 14 de Febrero de 2024 que la Encargada de Atención al Usuario renuncio a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento para dicha plaza y estamos a la espera del mismo.</p>
<p>2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.</p>	<p>Se gestiona el ciclo de vida completo de cada servicio y producto. Este proceso se realiza a través de reutilizar los productos que se pueden como reciclaje de papel para notas y apuntes.</p> <p>Evidencias: Papel reciclado para reutilizar.</p>	
<p>3. Promueve la accesibilidad a los productos y servicios de la organización. Por ejemplo: acceso en línea a los servicios o mediante el uso de aplicaciones móviles, horarios de consultas flexibles, atención domiciliaria o comunitaria; documentos en variedad de formatos (papel y/o en versión electrónica, idiomas apropiados, carteles, folletos, tabloneros de anuncios en Braille y audio), otros.</p>	<p>3-Los usuarios tienen acceso a la línea de servicios a través de la cartera de servicios ofertadas, la solicitud de citas e informaciones de horarios por WhatsApp y telefónica, documentos en papel y versión electrónica, spot publicitario, murales y otros.</p> <p>Evidencia: (Cartera de Servicios, Números de WhatsApp, Teléfonos, Diferentes Documentos. )</p>	

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

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

Documento Externo  
SGC-MAP

<p>1. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.</p>	<p>1-Tenemos definida nuestra cadena de prestación de servicio, red de servicios, colaboradores y socios. Involucrándose en todos los procesos de la institución.</p> <p>Evidencia: Listados, reuniones.</p>	
<p>2. Participa en un sistema compartido con otros socios de la cadena de prestación de servicios, para coordinar procesos de la misma cadena de entrega, facilitar el intercambio de datos y servicios compartidos, como, por ejemplo: las Redes Integradas de Salud, las Mesas de Seguridad, Ciudadanía y Género de la localidad y otras.</p>	<p>2-Basado en la estrategia de coordinación con socios claves de los sectores Privado, la Institución pretende su participación en la toma de decisiones no lucrativas, tenemos acuerdos inter-institucionales tanto con el sector público, como privado.</p> <p>Evidencia: Acuerdos, listados de socios y colaboradores.</p>	<p>No se han actualizado los Acuerdos Inter-institucionales 2024, los cuales están en proceso de actualización.</p>
<p>3. Crea grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas. Por ejemplo: con las ARS, Laboratorios, Proveedoras de productos y servicios médicos, de mantenimiento, etc.</p>	<p>3-A través de referencias, contra referencias, derivaciones, Discusión de casos, participación en los comités intra hospitalarios.</p> <p>Evidencia: Hojas de Referimientos, Actas, Comités Intrahospitalarios.</p>	
<p>4. Desarrolla asociaciones en diferentes niveles de gobierno (municipios, regiones, empresas estatales y públicas) sector privado y de ONG para la prestación de servicios coordinados.</p>	<p>4-Creamos procesos comunes con diferentes servicios de la organización.</p> <p>Evidencia: Cirugía, Gineco- obstetricia, pediatría, anestesiología, entre otros descritos en los procesos.</p>	

## CRITERIOS DE RESULTADOS

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

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

#### SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. La imagen global de la organización y su reputación pública (por ejemplo: percepción o retroalimentación sobre diferentes aspectos del desempeño de la organización: Comportamiento de los directivos y del personal, opinión de los servicios, sobre los sistemas de comunicación e información, imagen física de la infraestructura, seguimiento de los protocolos y manejo de desechos contaminantes, otros.)	1-Valoramos la imagen global de la organización y su reputación a través de encuestas de satisfacción al usuario, la última realizada el Julio-diciembre 2022 reporto que 97.3% percibía el trabajo nuestro como satisfactorio, y un 2.7% como insatisfactorio. La siguiente medición se realizara a final de junio 2023.  Evidencia: Informes de Encuestas de Satisfacción, Matriz para manejo de Quejas y Sugerencias, Carta de Renuncia, Desvinculación.	No se están realizando las Encuestas de Satisfacción ni la Matriz para manejo de Quejas y Sugerencias desde el 14 de Febrero de 2024 que la Encargada de Atención al Usuario renuncio a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento para dicha plaza y estamos a la espera del mismo, por tal razón no tenemos los datos actualizados a la fecha.

<p>2. Orientación al usuario / paciente que muestra el personal. (amabilidad, trato equitativo, comportamiento con los familiares, apertura, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad, atención oportuna, y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).</p>	<p>2-La Orientación del personal hacia el Usuario/paciente en las diferentes dimensiones se miden a través de la encuesta de Satisfacción de Usuarios en la cual tenemos una satisfacción general de 97.1%, además de los Buzones de quejas y sugerencias.</p> <p>Evidencia: (Informes de Encuestas de Satisfacción, Matriz para manejo de Quejas y Sugerencias, Carta de Renuncia, Desvinculación.).</p>	<p>No se está realizando la Encuesta de Satisfacción debido a que la Encargada de Atención al Usuario renuncio a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento para dicha plaza y estamos a la espera del mismo, por tal razón no tenemos los datos actualizados a la fecha.</p>
<p>3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</p>	<p>3-Los usuarios pacientes tienen participación activa diaria en los procesos y toma de decisiones en un 97.1% a través de las Encuestas de satisfacción y Buzones de quejas y Sugerencias, cuyas opiniones se toman en consideración para la toma de decisiones para la mejora de los procesos a través de planes de mejoras de los servicios y la resolución de quejas y sugerencias de los buzones.</p> <p>Evidencia: (Informes de Encuestas de Satisfacción, planes de mejora de los servicios y de Encuestas de Quejas y Sugerencias, Buzones de Quejas y Sugerencias, Carta de Renuncia, Desvinculación.).</p>	<p>No se está realizando la Encuesta de Satisfacción ni la Apertura de los Buzones de Quejas y Sugerencias debido a que la Encargada de Atención al Usuario renuncio a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento para dicha plaza y estamos a la espera del mismo, por tal razón no tenemos los datos actualizados a la fecha.</p>
<p>4. Transparencia, apertura e información proporcionada por la organización (información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).</p>	<p>4-Tenemos transparencia, apertura e información en un 100% relacionada a todos los procesos y funcionamiento de la organización, a través de informes realizados con calidad, transparencia y facilidad de lectura a los organismos correspondientes. Además de comunicaciones, solicitudes e informaciones de la organización.</p> <p>Evidencia: Informes, Comunicaciones, Solicitudes.</p>	

<p>5. Integridad de la organización y la confianza generada hacia la organización y sus productos/servicios en los clientes/ ciudadanos usuarios/ Pacientes.</p>	<p>5-Tenemos una unidad de atención al usuario con estándares de calidad que asesora y da recomendaciones a los ciudadanos clientes, que además se encarga de medir el nivel de satisfacción de los Clientes/ciudadanos, en los diferentes Indicadores a través de las Encuestas de Satisfacción Ciudadana con una satisfacción general de 97%, tenemos un comité de calidad que se reúne mensual ordinariamente y extraordinariamente cuantas veces sea necesario.</p>	<p>No se está realizando la Encuesta de Satisfacción debido a que la Encargada de Atención al Usuario renunció a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento para dicha plaza y estamos a la espera del mismo, por tal razón no tenemos los datos actualizados a la fecha.</p>
	<p>Evidencia: Informe de Encuestas de Satisfacción, Actas de los comités, Carta de Renuncia, Desvinculación.</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Accesibilidad a los servicios físicos y digitales (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de consulta, de visita; tiempo de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).</p>	<p>1-Tenemos los servicios organizados y accesibles, con informaciones claras acerca de nuestros servicios en la Cartera de Servicios que se cumple un 97%, tenemos un cumplimiento en el indicador de accesibilidad de un 96.8% y en tiempo de 96.4% según Informe de Encuesta de Satisfacción, estamos ubicados en un punto estratégico de la provincia y contamos con rampas para personas con discapacidad.</p> <p>Evidencia: Cartera de Servicios, Informe Encuesta de satisfacción, fotos de rampas</p>	
<p>2. Calidad de los productos y servicios (cumplimiento de los estándares de calidad, y agilidad en el tiempo de entrega de citas, resultados, funcionamiento de los equipos, disponibilidad de insumos, medicinas, y enfoque medioambiental, etc.).</p>	<p>2- Como Hospital Priorizado por el Servicio Nacional de Salud y en el Sistema de Monitoreo de la Administración Pública (SISMAP Salud) y también el Marco Común de Evaluación (CAF), nuestra meta es la mejora continua de los productos y servicios que ofertamos, contamos con Comités de Calidad de los</p>	

	<p>Servicios y Calidad de la Gestión tenemos un cumplimiento de 96.4% en los indicadores mencionados.</p> <p>Evidencia: Indicadores SISMAP Salud, CAF, Informes de Encuestas</p>	
<p>3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p>	<p>3-El servicio es ofertado al 100% de la población que lo solicita, independientemente de la edad, sexo, Etnia religión, género, y su diversidad cultural.</p> <p>Evidencia: Libro de emergencia, registro diario de consulta, formulario de productividad de servicio).</p>	
<p>4. Capacidades de la organización para la innovación.</p>	<p>4-Realizamos encuestas de satisfacción al usuario con un 97% en resultados, tenemos buzones de sugerencias, para la revisión periódica realizada con los grupos de interés para supervisar sus necesidades y el grado en que se cumplen, para mejorar cada día en los servicios ofertados y en los procesos internos.</p> <p>Evidencia: (Encuestas Satisfacción/ Planes de Mejora e Innovaciones, Carta de Renuncia, Desvinculación).</p>	<p>No se está realizando la Encuesta de Satisfacción al usuario ni se le está dando la Apertura a los Buzones de Quejas y Sugerencias debido a que la Encargada de Atención al Usuario renuncio a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento para dicha plaza y estamos a la espera del mismo, por tal razón no tenemos los datos actualizados a la fecha.</p>
<p>5. Digitalización en la organización.</p>	<p>Se realiza correctamente en un 80% y se están realizando las acciones adecuadas para cuando termine la remoción del centro todas las áreas estén digitalizadas.</p> <p>Evidencias: Áreas digitalizadas, fotos.</p>	

## 6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).	<p>1- El tiempo de Espera Establecido depende de las áreas, atención al usuario a archivo unos 15 a 25 minutos, consulta especializada de 2 a 3 horas promedio, embarazadas de 30 a 45 minutos, especialidad Cirugía orden de llegada, lunes, miércoles y jueves Ginecología 20 a 25 días, Psiquiatría 15 a 20 días, Cardiología de 30 a 45 días, Laboratorios de urgencias 3 a 4 horas, imágenes urgentes 10 minutos. Además de que se mide el tiempo a través de las Encuestas de Satisfacción de Usuarios con un 96.4%.</p> <p>Evidencia: Informe Encuesta de satisfacción al Usuario, Carta de Renuncia, Desvinculación.</p>	<p>No se está realizando la Encuesta de Satisfacción al usuario debido a que la Encargada de Atención al Usuario renuncio a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento para dicha plaza y estamos a la espera del mismo, por tal razón no tenemos los datos actualizados a la fecha.</p>

<p>2. Número y tiempo de procesamiento de quejas y sugerencias recibidas y acciones correctivas implementadas, Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costo de los servicios.</li> <li>2. Cumplimiento de la Cartera de Servicios</li> <li>3. Cumplimiento de los estándares comprometidos.</li> </ol>	<p>2- El horario de atención están publicados en el mural de cartera de servicio colocado en un lugar estratégico en donde todos lo puedan visualizar, además se colocan en las diferentes áreas de atención, horarios matutinos y vespertinos, los sábados y guardias presenciales las 24 horas.</p> <p>La cartera de servicio se cumple un 97%.</p> <p>Las quejas que se reciben son reportadas a una matriz de atención al usuario y se procede a resolver en un plazo de 15 días laborables. Donde se toman acciones correctivas para subsanar dichas quejas.</p> <p>Evidencia: Cartera de servicio, matriz de atención al usuario, Indicadores comprometidos en el SISMAP, Carta de Renuncia, Desvinculación.</p>	<p>No se evidencian las Quejas en la Matriz de Atención al Usuario, debido a que la Encargada de Atención al Usuario renunció a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento para dicha plaza y estamos a la espera del mismo.</p>
<p>4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.</p>	<p>Tenemos el 65% aprobado, hemos trabajado ya con la sensibilización del personal por departamento, el borrador del brochure en su primera versión, servicios ofertados, reestructuración del comité de calidad institucional, Encuestas de Expectativas en las áreas de: Laboratorio, Consultas Externas, Emergencias, Hospitalización e imágenes en un 20%.</p> <p>Evidencia: Reuniones, Listados de Participantes, Fotos, Minutas, Acta Constitutiva, Informes, Circulares y Solicitud de Nombramiento al SNS.</p>	<p>No hemos concluido los trabajos de la Carta Compromiso al Ciudadano por la razón de que se nos exige tener una persona encargada del OAI para que trabaje el sistema 311, el cual hemos solicitado el nombramiento para dicha plaza y estamos a la espera del mismo.</p>
<p>5. Grado de cumplimiento de los indicadores de eficiencia sanitaria, en relación a: número de pacientes por día, número de camas ocupadas por día, tiempo medio ocupación de sala quirúrgica, tiempo medio de permanencia del paciente, etc.</p>	<p>Se cumple con el grado de indicadores de eficiencia sanitaria, se lleva las estadísticas de pacientes por día, el promedio de camas ocupadas dependerá del número de ingreso para este mes, el promedio por día fue de 9 a 10 pacientes, así como el tiempo medio de ocupación del paciente es de 3 a 5 días según el diagnóstico que presente y lo Establecido Por el</p>	



	<p>Servicio Nacional de Salud para los Hospitales Provinciales.</p> <p>Los Indicadores del SISMAP SALUD: INDICE OCUPACION DE CAMAS está en un 43% y DIAS PROMEDIO DE ESTADIA está en un 77% en vista de que el tiempo de permanencia del paciente depende de la respuesta del mismo a los medicamentos y de su diagnóstico.</p> <p>Evidencias: Informes Estadísticos, Indicadores del SISMAP Salud.</p>	
6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	<p>Se mantiene actualizada la cartera de servicios con un cumplimiento de 97%.</p> <p>Evidencias: Cartera de Servicios, Indicadores SISMAP Salud.</p>	
7. Índice de Satisfacción de Usuarios.	<p>Se realizan las encuestas diarias el cual nos arroja los resultados de la satisfacción de los usuarios el cual estamos en un 97%, en el último trimestre.</p> <p>Evidencia: Informe de las Encuestas de Satisfacción, Carta de Renuncia y Desvinculación.</p>	<p>No se evidencia la Encuesta de Satisfacción de los usuario debido a que la Encargada de Atención al Usuario renuncio a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento para dicha plaza y estamos a la espera del mismo, por tal razón no tenemos los datos actualizados a la fecha.</p>

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

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

Documento Externo  
SGC-MAP

<p>1. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.</p>	<p>1-Via telefónica tenemos tres (3) teléfonos funcionando, Flotas contamos con 22, electrónica a través de 2 correos Institucionales y varios departamentales, escrita, televisiva, radial, redes sociales, pagina web (OPTIC) tenemos un relacionador público de la institución. Cuyos resultados son positivos 100% en su implementación.</p> <p>Evidencia: Programa televisivo, Spot publicitarios, espacios pagados, recibos, facturas, página web, Facebook, Comunicaciones internas, Correos Electrónicos Y Flota.</p>	
<p>2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)</p>	<p>2-La información está disponible en estadística, rendiciones de cuenta, epidemiología se publican en murales, contamos con una sala situacional, tenemos un dossier de la institución, cartera de servicios en lugar visible, pagina web, su disponibilidad es de un 90%.</p> <p>Evidencia: (Encuestas, Informe rendiciones de cuentas, publicaciones.)</p>	
<p>3. Disponibilidad de informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización, incluyendo la responsabilidad de gestión en los distintos servicios.</p>	<p>3-Las Informaciones sobre el cumplimiento de los objetivos de rendimiento y de resultados de la organización se encuentran disponibles en informes redactados y en la Plataforma del SISMAP Salud, en los diferentes sistemas de Gestión que utilizamos, todos los informes son entregados al POA de manera Trimestral donde en la última Autoevaluación POA tenemos un 93%.</p> <p>Evidencia: Informes, SISMAP, Sistemas Utilizados y Autoevaluación POA.</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).</p>	<p>1-Tanto el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), El Servicio Nacional de Salud (SNS) y la regional de salud correspondiente tienen una implicación de un 100%, en el proceso de habilitación, diseño y prestación de los servicios de salud que ofertamos, además de la participación ciudadana y de usuarios a través de las encuestas y Buzones y de grupos de interés para el hospital.</p> <p>Evidencia: Habilitación por MISPAS, Encuestas de satisfacción.</p>	
<p>2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las innovaciones implementadas).</p>	<p>Con el nuevo sistema implementado en el Laboratorio (1 Sistema Sinergia) a través del cual se le pueden entregar más rápidamente los resultados a los usuarios/pacientes de nuestro Centro de Salud, 1 Flota para colocación de citas vía WhatsApp, Automatización de procesos tenemos un 85% en implementación de nuevos métodos y tecnologías, con resultados positivos de los mismos que impulsan a la mejora.</p> <p>Evidencia: Implementación de Sistema Sinergia, colocación de Citas vía WhatsApp)</p>	
<p>3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).</p>	<p>3- Nuestro Centro Hospitalario toma a todos en cuenta, con un nivel de accesibilidad de un 96.8%, sin importar la diversidad de géneros y cultura, somos totalmente imparcial con los usuarios externos e internos brindando el mejor servicio de calidad, una vez que llegan a nuestro Centro sientan la calidez y la paz.</p> <p>Evidencia: Encuestas de Satisfacción.</p>	

--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Resultados de la digitalización en los productos y servicios de la organización (innovaciones tecnológicas para los procesos y servicios, servicios online o uso de Apps; mejora en los tiempos de respuesta, el acceso y la comunicación interna y externa; reducción de costos, etc.).</p>	<p>Tenemos el departamento de Laboratorios con el sistema SINERGIA, el cual esta automatizado y mejora de respuesta, además del uso de SINAVE, otros Sistemas y aplicaciones de Gestión, Uso de WhatsApp y Redes Sociales, estos indicadores se han cumplido en un 85%.</p> <p>Evidencia: Informe de resultados indicadores.</p>	
<p>2. Participación de la ciudadanía en los productos y servicios. (Acceso y flujo de información continuo entre la organización y los ciudadanos clientes, Usuarios/Pacientes a través de medios digitales, internet, página web, portales de servicios y de transparencia, redes sociales, otros).</p>	<p>2- Hacemos que cada ciudadano/a sea participe en un 100% de cualquier inquietud que se pueda presentar en el trayecto en el Centro, se mantiene un flujo de las informaciones con el ciudadano/ clientes siempre y cuando sean de su interés, Escuchándoles y prestando atención a sus inquietudes a través de Encuestas de Satisfacción de Usuarios las cuales mantienen un total de 97.1%, Redes Sociales, Buzones de Quejas y Sugerencias.</p> <p>Evidencia: Portal de Encuestas, Redes Sociales, Buzones de Quejas y Sugerencias, Carta de Renuncia y Desvinculación.</p>	<p>No se evidencia la Encuesta de Satisfacción al usuario ni se le está dando la Apertura a los Buzones de Quejas y Sugerencias debido a que la Encargada de Atención al Usuario renuncio a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento para dicha plaza y estamos a la espera del mismo, por tal razón no tenemos los datos actualizados a la fecha.</p>

#### CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

**SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.**

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>1. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).</p>	<p>1-La imagen y el rendimiento de la organización en la sociedad la medimos de encuestas de satisfacción al usuario, en la última realizada en Abril 2023 reporto que 79 % percibía el trabajo nuestro como satisfactorio y un 21 % como insatisfactorio, un 89% de nuestros clientes externos ven la imagen global de la organización como bueno y un 15% muy bueno según encuesta Diciembre 2022.</p> <p>En la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional la percepción general de la organización es de un 79% positivo y un 21% Negativo, realizada en Abril 2023</p> <p>Evidencia: Informe de Encuesta de Clima y Cultura Organizacional abril 2023, Carta de Renuncia y Desvinculación.</p>	<p>No se ha medido el porcentaje de la imagen global de nuestros clientes externos debido a que la colaboradora que desempeñaba el puesto renuncio a sus labores en el centro, se ha solicitado personal para dicha plaza y hasta el momento estamos en la espera y en cuanto a la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional está programada para realizarse en Septiembre de 2024 por ende los datos no están actualizados.</p>
<p>2. Involucramiento de las personas de la organización en la toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores, y su contribución para cumplirlos.</p>	<p>2-Socializamos con el personal de la institución, Nuestra misión, visión y valores, Se involucran en las decisiones formando parte de los comités de gestión, existe un mayor nivel de concientización y compromiso de los empleados con la organización, según encuesta realizada en Abril 2023 un 76.12% de los empleados se sienten participes de los éxitos de la institución y un 23.88% no se sienten participes de los éxitos de la institución. En el área de Recursos Humanos en su proceso de inducción realiza la socialización de la misión, visión y los valores.</p> <p>Evidencia: Encuestas de Clima.</p>	

<p>3. La participación de las personas en las actividades de mejora.</p>	<p>3-En nuestra Institución le damos participación a las personas en un 100% en las actividades de mejora haciéndolos participes de los diferentes comités intrahospitalarios en donde pueden hacer tomas de decisiones y propuestas de mejoras, también tenemos buzones de sugerencias que se abren semanal, se socializa, se detectan debilidades y se buscan las mejoras a través de planes de mejoras donde se involucran los colaboradores según corresponda la actividad, a través de sus sugerencias y las respuestas a las encuestas de satisfacción de usuarios cuyo promedio esta un en 97.1%.</p> <p>Evidencia: Informe de encuesta de clima organizacional, Solicitud de Nombramiento al SNS, Carta de Renuncia y Desvinculación.</p>	<p>No se ha medido la Encuesta de Satisfacción de Usuarios ni tampoco se ha procedido a la apertura de los buzones de sugerencias desde el 14 de febrero de 2024 hasta la fecha, debido a que la encargada de Atención al Usuario renuncio a sus labores en el centro, para dicha plaza se ha solicitado un nombramiento y estamos en espera de la misma.</p>
<p>4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.</p>	<p>4- Se promueve el Conocimiento de las personas de los posibles conflictos de intereses y la importancia de un compromiso ético, Hemos impartido talleres de ética y resolución de conflictos al personal, y la discreción de los casos que aquí acontecen manteniendo la confidencialidad y la armonía.</p> <p>Evidencia: (Certificados de capacitaciones de resolución de conflictos).</p>	<p>No se ha realizado capacitación al personal sobre Ética debido a que la misma fue reprogramada para el mes de Junio de 2024.</p>
<p>5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.</p>	<p>5- Encuesta sistemática del personal, socialización con los colaboradores, se retroalimenta, se dialoga los resultados.</p> <p>Evidencia: Encuestas de Clima Laboral.</p>	<p>No se ha realizado la socialización y retroalimentación de la Encuesta Sistemática de Clima Laboral para llevar a plan de mejora los puntos débiles.</p>
<p>6. La responsabilidad social de la organización.</p>	<p>6-mantenemos la responsabilidad social de la organización asistiendo usuarios en visita domiciliarias, Impartimos charlas en las diferentes escuelas, prestamos servicios de ambulancias a pacientes en casa, asistencia gratuita al hogar de</p>	

	<p>ancianos, hogar crea, jornadas de tipificación, toma de glicemia y tensión arterial, actualizaciones a médicos pasantes, defensa civil, operativos médicos entre otros. Nuestros médicos y odontólogos dan apoyo a las actividades que se realizan para beneficio de las personas. Se puede evidenciar a través de las encuestas de satisfacción de usuarios con un 97.1% y la En la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional la percepción general de la organización es de un 79% positivo y un 21% Negativo, realizada en Abril 2023.</p> <p>Evidencia:  Informes de Encuestas, Listados de visitas, fotos de cooperaciones , charlas , talleres)</p>	
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	<p>7-Estamos abiertos a los cambios y la innovación podemos medirlo en base a un 77.35%, en vista de que faltan algunas áreas del centro por actualizar, por este motivo capacitamos a nuestros colaboradores Gestión del Cambio y trabajamos para tener una mejora continua en nuestra Institución.</p> <p>Evidencia:  Informe de encuesta de clima organizacional.</p>	
8. El impacto de la digitalización en la organización.	<p>Impacto positivo en un 80.36% ya que los procesos se realizan de manera eficaz y oportuna en el tiempo.</p> <p>Evidencias:  Informe de encuesta de clima organizacional.</p>	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	<p>La agilidad de los procesos internos de la organización depende de la urgencia con que se requiera cada uno, en un 95% se atiende cada proceso según prioridad.</p>	

	Evidencias: Informe de encuesta de clima organizacional.	
--	---	--

## 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.	1-La capacidad de gerencial de los mandos altos y medios para dirigir la organización son basados en los objetivos, asignamos recursos para su ejecución, implementamos una buena gestión de los RRHH y la comunicamos al personal, evaluamos los altos mandos a través de encuestas al personal y además se realizan evaluaciones de desempeño, el 95% de los recursos asignados al hospital son destinados a alcanzar los objetivos planteados por cada departamento.  Evidencia: Encuestas de Clima Laboral.	
2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.	2-Estamos trabajando en el diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización, capacitamos el personal para una gestión por procesos con el INFOTEP, en un 95% los colaboradores manejan la gestión de todos los procesos de la organización, según corresponda.  Evidencia: Encuesta de clima organizacional.	
3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.	3-El reparto de las tareas está a cargo de los diferentes encargados departamentales basados en las directrices del departamento de RRHH, hacemos evaluaciones y acuerdos de desempeño por departamento cada 6 meses, donde el 95% de los empleados alcanzo una calificación por encima de los 85 puntos.	



	Evidencia: Encuesta de Clima organizacional	
4. La gestión del conocimiento.	4- Se gestiona la transferencia de conocimientos desde los altos mandos de la institución hasta los diferentes departamentos según correspondan para agilizar los procesos, siendo multiplicadores de los mismos, además de que el 95% de los empleados se les realiza la inducción, se les muestra sus funciones y los procesos de los departamentos, se realiza un plan de capacitación alineado a las funciones y los objetivos de la institución. .  Evidencia: Informe de clima organizacional.	
5. La comunicación interna y las medidas de información.	Se utilizan los correos electrónicos internos para las informaciones internas de la Institución, utilizamos las comunicaciones internas impresa y grupos de WhatsApp con los Directivos y encargados departamentales, se puede medir sus resultados en un 100% positivo en vista de las respuestas a las informaciones suministradas por los grupos y correos, invitaciones y demás.  Evidencias: Informe de clima organizacional.	
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	Se realizan las entregas de Reconocimientos individuales a los colaboradores y se toma en cuenta cada equipo por sus esfuerzos, se realizan actividades para reconocer a las secretarias en su día, para las Bioanalistas, enfermeras y Médicos. Se reconoce al equipo del POA por sus esfuerzos según las evaluaciones trimestrales donde en la última evaluación quedamos en un 93%.  Evidencias: Informe de clima organizacional.	

7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	<p>7-nuestra institución ha experimentado cambios e innovaciones en un 80.36% según Encuesta de Clima y Cultura Organizacional., como es la descentralización de los servicios , contamos con 13 ARS en el centro lo que ha generado otros ingresos por la venta de servicios, se están sistematizando las áreas, estamos haciendo una gestión por procesos y del talento humano por competencias , estamos trabajando con el modelo CAF, la hostelería ha mejorado con la creación 4 privados y dos semis privados, división de las salas de observación de la emergencia en cubículos individualizados, privado de médicos y familiares, privado de enfermería y empleados, tenemos página web en proceso de actualización, Página en Redes Sociales, instalado el sistema de sinergia en el área de laboratorio, tenemos instalado el observatorio con el MAP. Se implementa el Sistema de Monitoreo de la Gestión Pública SISMAP SALUD con un porcentaje de cumplimiento de un 69.11%.</p> <p>Evidencia: Informe de clima organizacional, plataforma (SISMAP SALUD, Pagina Web y el Observatorio).</p>	No se evidencia el observatorio con el MAP debido a que el mismo esta desactualizado por falta de acompañamiento del MAP.
--	--	---

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
I. El ambiente de trabajo y la cultura de la organización.	1-El resultado del entorno del trabajo y la cultura de la organización como percepción general de satisfacción Positiva en un 79% y negativa en un 21%, en cuanto a gestionar los conflictos, las quejas y los problemas personales está plasmado con la eficiencia del manejo de conflictos. Los departamentos tienen procesos entrelazados,	

	<p>tenemos un comité de Ética, que interviene en estos casos.</p> <p>Evidencia: (Encuesta de Cultura y Clima Organizacional2023,</p>	
<p>2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).</p>	<p>2-El enfoque hacia las cuestiones sociales flexibilidad de horario se lleva a cabo a través del dialogo entre los involucrados, la implementación de herramientas en el Dpto. De RRHH. En los resultados de las encuestas se tiene una percepción positiva de un76.73% de balance trabajo-Familia.</p> <p>Evidencia: Informe de clima organizacional.</p>	
<p>3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.</p>	<p>3-todo el personal se trata con igualdad de oportunidades y un trato justo, tenemos empleados con discapacidad laborando, un 85% de nuestros empleados son mujeres, tenemos diversidad de credo religioso, Dialogo con los involucrados, ascensos, reubicaciones por talento humano.</p> <p>Evidencia: Encuesta de Clima y Cultura Organizacional.</p>	
<p>4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.</p>	<p>4-Debido a la estructura del Hospital y los años que llevan de creado, algunas de sus áreas no son confortables debido a que las áreas que se han intervenido no son administrativas.</p> <p>Tratamos de mantener las instalaciones limpias y desinfectadas y un ambiente a meno y seguro para los trabajadores a través de los planes de mantenimientos.</p> <p>Evidencia: Informe de clima organizacional.</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.</p>	<p>1-Elaboramos un plan de capacitación anual para el personal, al cual se la ha dado un cumplimiento de un 100% todos los años y así desarrollar sus competencias, también tenemos parte del personal en un plan de carrera. Auxiliares de enfermería en carrera para su licenciatura etc.</p> <p>Evidencias: Informe de clima organizacional.</p>	
<p>2. Nivel de motivación y empoderamiento.</p>	<p>2-Según encuesta realizada al personal en abril 2023 mostro un 77.76% de los empleados se sienten motivados en esta institución y 22.24% desmotivado.</p> <p>Evidencia: (Encuesta de clima laboral 2023).</p>	
<p>3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.</p>	<p>3-La dirección demuestra capacidad para promover una estrategia de recursos humanos desarrollando sus capacidades y conocimientos según las metas de la organización, como podemos evidenciar en el cumplimiento de un 100% del plan de capacitaciones.</p> <p>Evidencia: Informe de clima organizacional.</p>	

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

## I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Indicadores relacionados con la retención, lealtad y motivación de las personas (por ejemplo: nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).</p>	<p>1-Tenemos indicadores que evalúan el nivel de ausentismo del personal justificado, en el 2023 en el primer trimestre fue de un 11%, el porcentaje de rotación de un 12 %, el número de quejas oscila en un 8% en cuanto al personal y buzón de sugerencias, (índice de Ausentismo por enfermedad, la rotación del personal lo maneja RRHH, las quejas el comité de buzones de sugerencias.</p> <p>Evidencia: Buzones de sugerencias, carta de rotación del personal, Matriz de RR. HH que manejan licencias, vacaciones, permisos, Carta de Renuncia y Desvinculación.</p>	<p>No se ha medido el número de quejas de pacientes debido a que la encargada de Atención a Usuario renuncio a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento de dicha plaza y seguimos a la espera de la misma.</p>
<p>2. Nivel de participación en actividades de mejora.</p>	<p>2-El nivel de involucramiento en las actividades mejoras es evidente En los indicadores de salud que luce nuestro hospital gracias a su personal. En cuanto a la participación de los empleados en la política laboral de la institución un 80.36% se siente participe y un 19.64% no. Según Encuesta de Clima Labora 2023.</p> <p>Evidencia: Planes de Mejoras, encuesta de Clima Laboral.</p>	
<p>3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.</p>	<p>3-Más o menos unos 5 a 10 conflictos son reportados al mes que son resueltos por las autoridades de lugar.</p> <p>Evidencia: Formulario de Apertura de Buzones, Reportes, reuniones, firmas.</p>	

<p>4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.</p>	<p>4-La participación voluntaria en actividades sociales promovidas por la organización son frecuentes, tenemos un índice de colaboración de un 80.36% según encuesta de clima y cultura organizacional 2023.</p> <p>Evidencias: Encuesta de clima y cultura organizacional, evidencias de participación en charlas, operativos médicos y odontológicos.</p>	
<p>5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).</p>	<p>5-Tenemos indicadores relacionados con el trato al usuario y para responder a sus necesidades, realizamos talleres al personal dedicada a la atención al usuario por el INFOTEP, un 60% de nuestros usuarios considera la atención del personal médico como bueno y un 40% muy bueno, Encuesta de satisfacción al usuario.</p> <p>Evidencia: Encuestas de clima, Plan de mejora 2023, Solicitud de Nombramiento, Carta de Renuncia y Desvinculación.</p>	<p>No se ha medido la Encuesta de satisfacción al usuario desde el 14 de Febrero de 2024, debido a que la Encargada de Atención al Usuario renunció a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento de dicha plaza y seguimos a la espera de la misma.</p>

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

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

<p><b>Resultados de Indicadores relacionados con:</b></p> <p>4. El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones).</p>	<p>Se realizan los acuerdos y evaluaciones de Desempeño Individual de cada colaborador, donde los colaboradores se comprometen a lograr las metas establecidas por la institución y los encargados de Departamentos.</p> <p>Evidencias: Resultados de Evaluación de Desempeño.</p>	
<p>2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.</p>	<p>El uso de las herramientas digitales de información y comunicación ha dado excelentes resultados para agilizar los procesos de comunicación de manera interna de cada departamento como en general.</p> <p>Evidencias: Grupos de WhatsApp, Pagina Web, Correos electrónicos y demás.</p>	<p>No se mide el uso de las herramientas</p>
<p>3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).</p>	<p>El proceso de capacitación ha dado mucho éxito, ha habido una buena tasa de participación de los colaboradores por área de un 25.6 %, en cuanto al presupuesto se ha utilizado de manera eficiente y eficaz como se había establecido en el plan anual de capacitación.</p> <p>Evidencias: Plan Anual de Capacitación, Evidencias de su seguimiento y de las capacitaciones impartidas.</p>	
<p>4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p>	<p>Este proceso se realiza una vez al año, de manera individual y en equipo cuando es el día de las enfermeras, Bioanalistas y médicos.</p> <p>Evidencias: Fotos de entrega de reconocimientos, actividades de las enfermeras, Bioanalistas y médicos.</p>	<p>No se mide la frecuencia</p>

## CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.

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

### SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
1. El impacto de la organización en la calidad de vida de los usuarios/pacientes y ciudadanos/clientes más allá de la misión institucional. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.	1-Tenemos participación en todas las actividades sociales de nuestra comunidad, a través de charlas, operativos médicos y odontológicos, programas televisivos, apoyo a las actividades deportivas y culturales entre otros. Además Tenemos programas de prevención y riesgos a la salud sexual y reproductiva, sobre la lactancia materna, vacunación, servicios de orientación a la población a través de medios de comunicación.  Evidencia: (Acuerdos, fotos, listados, programas televisivos, spot, operativos y fotos de charlas).	No se mide el impacto
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.	2-como Institución tenemos una porcentaje de satisfacción general de un 97% dentro de la sociedad, Somos una institución en la cual contamos con 293 empleados, 39 contratados y 254 nombrados , contribuyendo como la institución que más empleados tiene de la provincia, hemos sido reconocidos por varias instituciones de prestigio de nuestra provincia como ADESJO, Ocoa de pie y otras instituciones nacional e internacional como Asociación de Ocoños ausentes, SNS, Servicio regional de salud las cuales han valorado la calidad de nuestros servicios y el trabajo que hacemos a favor de la comunidad.  Evidencia: Reconocimiento al centro, Informe de Encuesta de Satisfacción.	



<p>3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.</p>	<p>3-El hospital empresa que ocasiona un impacto económico en el ámbito local, regional, nacional, mayor empleadora de la provincia, disminuye el índice de desempleo, genera micro y medianas empresas alrededor como: colmados, laboratorios, transporte, cafeterías, entre otros.</p> <p>Contribuimos con la sostenibilidad a nivel local en el nivel socio económico de nuestra provincia, disminuyendo el índice de desempleo y pobreza, favorecemos proveedores locales, regionales y nacional, parte de los materiales utilizados en el embellecimiento del hospital son con materiales reciclables, estamos buscando alternativas en cuanto a la reducción de costo, abastecimiento de agua, y electricidad y servicio de comunicación.</p> <p>Evidencia: (Fotos, Nominas de empleados).</p>	<p>No se mide el impacto</p>
<p>4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento ético, el estado de derecho, la apertura y la integridad. (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).</p>	<p>4-El impacto de la organización, en la calidad de la democracia, transparencia, ética e integridad se puede visualizar a través de los procesos por los cuales se eligen nuestros empleados, respetando los principios y valores, la igualdad y permanencia en el servicio.</p> <p>Evidencia: Procesos Internos, Procesos de Reclutamiento y Selección.</p>	<p>No se mide el impacto</p>
<p>5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo: con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).</p>	<p>5-Buena percepción a nivel social, sosteniéndose por 59 años como Hospital que brinda con calidad los servicios de salud, con proveedores locales de comercio justo, además de que se utilizan algunos productos reciclables. Con un impacto social de un 97%.</p>	

	Evidencias: Encuestas Extra hospitalarias, facturas de comercios locales.	
6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.	6-Se toman decisiones en pro de la organización y el impacto de la seguridad y movilidad del área.  Evidencias: Fotos de la organización del área, parqueos y áreas.	No se mide
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.).	7-Si, tiene participación en la sociedad a través de la participación en actividades sociales, culturales y de promoción de la salud.  Evidencias: Fotos de Actividades de Participación.	No se mide
8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.	8- Contamos con 5 buzones distribuidos en las siguientes áreas: Consulta Externa, Laboratorio, Vacuna, Hospitalización e imágenes.  Evidencias: Fotos, Matriz de Buzones de sugerencias.	

## SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

### Indicadores de responsabilidad social:

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>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.).</p>	<p>1-Tenemos proveedores con perfil de responsabilidad social que cumplen con las normas medio ambientales, hacemos acuerdos interinstitucionales con las diferentes organizaciones de la provincias que ayudan a la sostenibilidad del Hospital, utilizamos medios de transportes, poco ruidosos, contamos con agua permanente, Cisterna de Agua, Clorificamos las mismas y medimos su Calidad, tenemos un sistema Eléctrico adecuado y contamos con dos (2) plantas eléctricas, parada de motores para evitar ruidos, acuerdos con Dominicana Limpia, un 30% del Inmobiliario del Hospital es reciclable (muebles , flores , cortinas, Promese, supermercados, estaciones de gasolina, ferreterías, invernaderos locales, planta eléctrica, sistema eléctrico, acuerdos inter institucionales.</p> <p>Evidencias: Informes, Fotos del cuarto de planta, cisterna de agua y reciclables.</p>	
<p>2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.</p>	<p>Se realizan las reuniones con los grupos y personas relevantes de la comunidad, según la necesidad y los temas a tratar.</p> <p>Evidencias: fotos, Actas y listados.</p>	No se mide
<p>3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).</p>	<p>3-Tenemos una cobertura total por la prensa local, el Hospital es el punto número uno de atracción para bien o para mal. Ruedas de prensa, noticias locales, programas televisivos y radiales.</p>	No se mide

	Evidencias: Programas televisión y notas de prensa acerca del hospital.	
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.).	4-Apoyamos las políticas de diversidad étnica y personas en situación de desventaja, empleados discapacitados, rehabilitados por ADR, entre otros.  Evidencia: (Nomina).	No se mide
5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.	5-Tenemos empleados haciendo cursos de post grado y muchos de ellos pertenecen a clubes e instituciones filantrópicas.  Evidencia: (Club rotario, de leones etc.)	No se mide
6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).	6-Realizamos conferencias abiertas en la provincia, con el CMD y otras ONG, como las científicos gremiales, Tenemos un programa de educación continuada. En el 2018 se realizó una científico gremial, 2 video conferencias con el MAP, 10 conferencias abiertas, 40 intervenciones en coloquios nacionales, 2020-2021 producto de la pandemia y el aislamiento por COVID 19 realizamos varias Conferencias, Capacitaciones y reuniones con los Servicios, Empleados, Grupos de interés de manera virtual usando diferentes plataformas existente para el mismo.  Evidencia: (informe, acuerdos, listados fotos, reuniones, fotos, listados, capture, link).	
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).	7-Tenemos programas de prevención de riesgos para la salud como es el programa de vacunación, Programas de prevención ITS, VIH, Tuberculosis, programa de nutrición continuada (Los programas, Broswr) tenemos programas de educación de la	

	<p>alimentación en el Dpto. de la nutrición. Alianza con sanar una nación quien nos oferta alimentos fortificados para nuestros usuarios, tenemos un plan de emergencias y desastres que es modificado regularmente según la necesidad, con un cumplimiento de 97%.</p> <p>Evidencia: (informe, plan de emergencia y desastres y su indicador en el SISMAP, actividades de los programas, fotos).</p>	
8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).	<p>8-En el Plan operativo de la institución tenemos una actividad con el nombre de Campaña Ambiental y Bioseguridad, donde se realizan Actividades para la protección del Medio Ambiente tanto externa como interna (alrededor del Centro Hospitalario). Se realizan encuestas tanto a los usuarios y cuentas externas sobre los Ruidos, continuación Audible y contaminación Ambiental. El Centro cuenta con una ruta de los desechos sólidos para así mantener el centro libre de contaminación.</p> <p>Evidencia: Fotos</p>	No se mide
9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.	<p>9-Se están instalando lámparas LED de bajo consumo aires Invertir el cual ayuda a la reducción del consumo energético, utilización de plantas eléctricas.</p> <p>Evidencias: fotos de las lámparas led, cuarto de planta.</p>	No se mide
10. Uso de incinerador para los residuos médicos.	<p>10-El Hospital no cuenta con incinerador. Se separan los residuos sólidos que van a una caseta y los residuos o desechos infecciosos y los desechos de cirugías tenemos un séptico.</p> <p>Evidencia: Imágenes de Casetas.</p>	No se mide

<p>11. Política de residuos y de reciclado.</p>	<p>11-Se realiza correctamente con la ruta sanitaria de desechos sólidos y separación de desechos.</p> <p>Evidencia: fotos de la ruta.</p>	<p>No se mide</p>
---	--	-------------------

**CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.**

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

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>1. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.</p>	<p>1-Hemos aumentado nuestra Cartera de Servicios con un 97%, por la demanda de nuestros usuarios, y al mismo tiempo mejorado la Calidad de nuestras prestaciones, hacemos Evaluaciones de Desempeño y Productividad a todo el personal, el 95% de la población percibe la calidad del trabajo del Hospital de manera favorable.</p> <p>Evidencia: Cartera de servicios, informe de encuestas, evaluaciones.</p>	
<p>2. Resultados en términos de Outcomes (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos).</p>	<p>2-Hemos causado gran impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios ya que hemos aumentado nuestra cartera de servicios y la calidad de los mismos, con un 97% de los mismos.</p> <p>Evidencia: carta de renuncia, cartera de servicio.</p>	<p>No se mide el índice de calidad debido a que la encargada de Atención al usuario renuncio a sus labores en el centro, se ha solicitado el nombramiento de dicha plaza y estamos a la espera del mismo.</p>
<p>3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.</p>	<p>3-Recibimos Hospitales Regionales y Municipales haciendo benchmarking en el nuestro hospital.</p> <p>Evidencia: (Fotos y Acta).</p>	<p>No se mide</p>
<p>4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.</p>	<p>4-Nos aseguramos de que se cumplan los convenios y contratos entre las autoridades y la organización, dándole fiel seguimiento a los mismos con el equipo</p>	<p>No se mide</p>

	<p>de gestión, tenemos acuerdo con Cedemur, Club Rotario, Colegio Médico Dominicano, CONANI, Distrito Educativo 03-03, Dirección Provincial de Salud, Gerencia de Área, Gobernación, Ministerio de la Mujer y Hogar de Ancianos.</p> <p>Evidencia: (Convenios de gestión, reuniones, actas).</p>	
5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.	<p>5-Se realizan auditorias periódicas del funcionamiento de la organización que reposan en el área administrativa, técnicas y por departamentos, la última evaluación realizada por el SNS y regional de salud 26 abril 2024, reporto un 96% de cumplimiento del poa institucional.</p> <p>Evidencia: (Auditorias, evaluaciones del poa, fotos).</p>	
6. Resultados de la innovación en servicios/productos.	<p>6- Se han innovado en nuevos servicios en nuestra cartera con un cumplimiento de un 97% y la Automatización y digitalización de los demás servicios en un 80%.</p> <p>Evidencia: informe, cartera de Servicio, áreas automatizadas</p>	
7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.	<p>7-Resultados eficientes en la implementación.</p> <p>Evidencias: Reformas implementadas.</p>	No se mide
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	<p>8-Tenemos un número aproximado de 10 voluntarios que colaboran con la limpieza del Centro.</p> <p>Evidencia: Imágenes de Colaboración.4</p>	

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

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

<p>1. Eficiencia de la organización en términos de la gestión de los recursos disponibles, incluyendo, la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima.</p>	<p>1-Tratamos de hacer una buena gestión con los recursos económicos y humanos que disponemos, gestionamos el conocimiento a través de planes de capacitación periódica, Distribuimos las áreas de acuerdo a las necesidades, haciendo una distribución razonables de las mismas , hacemos evaluación del talento humano de acuerdo a su talento y capacidad.</p> <p>Evidencia: Listados, distribuciones del personal y de las áreas, presupuesto.</p>	<p>No se mide</p>
<p>2. Resultados de mejoras e innovaciones de procesos.</p>	<p>2-Ofertamos un nivel de calidad correspondiente a un segundo nivel de atención, recibimos inspecciones periódicas por el SNS y los servicios regionales, mediciones SISMAP Salud.</p> <p>Evidencia: Auditorias, inspecciones, Indicadores SISMAP Salud.</p>	<p>No se mide</p>
<p>3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).</p>	<p>3-Recibimos Hospitales Regionales y Municipales haciendo benchmarking en el nuestro hospital.</p> <p>Evidencia: Fotos y Acta.</p>	<p>No se mide</p>
<p>4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).</p>	<p>4-Con las alianzas con los grupos de interés hemos logrado llevar una serie de actividades en conjunto nos ayudan a llevar hacia delante los procesos de la institución, con las alianzas hemos podido potencializar el desarrollo de la institución. Hemos logrado un 80% de cumplimiento de las alianzas.</p> <p>Evidencia: informe, Acuerdos actividades realizadas, operativos médicos, fotos.</p>	



<p>5. Impacto de la tecnología (digitalización) en el desempeño de la organización, la eficiencia en la burocracia administrativa, mejora en la prestación de servicios, etc. (por ejemplo: reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.)</p>	<p>5-Tenemos una gran mejora con el uso de la tecnología de la información, uso de plantillas electrónicas, auditorías médicas, uso en la facturación, archivo entre otros, papel reciclajes.</p> <p>Evidencia: usamos material reciclable (sistematización de las áreas).</p>	<p>No se mide</p>
<p>6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.</p>	<p>6-Se realizan auditorías periódicas del funcionamiento de la organización que reposan en el área administrativa, técnicas y por departamentos, la última evaluación realizada por el SNS y regional de salud 26 abril 2024, reporto un 96% de cumplimiento del poa institucional.</p> <p>Evidencia: Auditorías, evaluaciones del poa, fotos.</p>	
<p>7. Resultados de reconocimientos, por ejemplo: en la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de calidad del sistema de gestión u otros.</p>	<p>7-Hemos estado participando en el Ranking SISMAP Salud, donde hemos tenido un avance de un 95% desde los inicios de este, dentro de las posibilidades que tenemos como Hospital de Segundo Nivel.</p> <p>Evidencias: Ranking SISMAP Salud</p>	
<p>8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.</p>	<p>8-Se realizan auditorías mensualmente, por el área administrativa y de contabilidad, con una supervisión directa del SNS, se realiza un presupuesto anual de la institución, inventarios de todos los inmuebles de la institución, hacemos una planificación presupuestaria de acuerdo a los objetivos de la institución. Con un cumplimiento de 74%.</p> <p>Evidencia: Inventarios, presupuesto anual, Indicadores SISMAP Salud.</p>	

9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.	9-Existen evidencias de compras a menor costo, siempre apegados a la ley de compras y contrataciones. Se realizan medidas del uso eficaz de los fondos operativos, Existen resultados de las inspecciones económicas y de las auditorias.  Evidencia: Compras y contrataciones, presupuesto.	No se mide
---	--	------------

**NOTA:** Estos son ejemplos que aparecen en el “Modelo CAF”, son puntos de referencia en el proceso de autoevaluación. Las organizaciones pueden tener otras formas de desplegar los criterios, incluyendo las propias, que pueden ser consideradas como parte de su autoevaluación, siempre que puedan sustentar sus puntos fuertes con las evidencias correspondientes.