

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

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN**

HOSPITAL PEDIATRICO DR. HUGO MENDOZA\_

**FECHA:**

\_16-05-2024\_

## 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.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<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>El HPHM y su gestión está orientada a resultados, para esto se ha desarrollado la actualización del plan estratégico institucional 2020-2024 en conjunto con nuestro grupo de interés, el cual en colaboración con estos pudimos reformular nuestra misión, visión y valores (también con los colaboradores internos para nuestros valores). Para la realización del PEI 2020-2024, al igual que la misión visión y valores, se realizaron talleres con los grupos de interés y también los colaboradores, los cuales ayudaron a la definición de estos lineamientos por los cuales se identifica el HPHM</p> <p>Evidencia: Listado de asistencia de los grupos de interés. Fotografías.</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>Para la realización del PEI 2020-2024, al igual que la misión visión y valores, se realizaron talleres con los grupos de interés y también los colaboradores, los cuales ayudaron a la definición de estos lineamientos por los cuales se identifica el HPHM, todo esto, respetando que los principios y valores del sector público, específicamente del sector salud, sean la corriente principal de las estrategias y actividades de la organización.</p> <p>Evidencia: PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL, MISIÓN-VISIÓN Y VALORES - MARCO DE REFERENCIA</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>El PEI, reflejado en la misión visión y valores, esta alineado a las Estrategias Nacional de Desarrollo. Como parte de este, se toma en cuenta las capacidades del centro, dentro de esta la capacidad tecnológica. En el eje estratégico número 1, se plantean objetivos específicos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar e implementar de sistemas tecnológicos de manera que se pueda dar respuesta oportuna a los requerimientos institucionales.</li> </ul> <p>Evidencia: PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL, MARCO DE REFERENCIA.</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>Para la promoción de los de la misión visión y valores el HPHM utiliza diferentes medios y mecanismos, como, por ejemplo, las redes sociales, pagina web; para los colaboradores murales, letreros acrílicos en toda la institución, y también, utiliza el concurso de misión visión y valores donde le cual se premia aquellos grupos que mejor hagan la dinámica de promoción de estos.</p> <p>Evidencia: Pagina Web. Letreros en las áreas de atención y procesos. Videos y fotos del concurso de misión visión y valores.</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>De forma continua se mantiene en constante revisión el cumplimiento de los objetivos a través del Balance Score Card, esto permite establecer mejoras en caso de que hayan desviaciones. Cada año se revisan lo planificado a través de los planes operativos y sus ejecuciones, con el fin de establecer proyectos y nuevas metas para cada año venidero. Esto permite mantener la cultura de mejora continua.</p> <p>Evidencia: BALANCE SCORE CARD - INFORME DE REVISIÓN</p>	
<p>6. Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).</p>	<p>El HPHM posee la política de gestión de la tecnología la cual cuenta con las pautas para la protección de datos y fraude. Esto al igual que las estrategias tomadas por el país a través de la Oficina Gubernamental de Tecnologías de la Información y Comunicación (OGTIC) y sus normativas de las cuales el centro esta certificada en 5 de estas. Como parte de dar cumplimiento En el eje estratégico número 1, donde se plantean objetivos específicos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar e implementar de sistemas tecnológicos de manera que se pueda dar respuesta oportuna a los requerimientos institucionales, el HPHM desarrolla software y se mantiene a la vanguardia a través e los benchmarking para el desarrollo y fortalecimiento tecnológico en la institución acorde a las necesidades de la sociedad y los ciudadanos.</li> </ul> <p>EVIDENCIA: POLITICA GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA - PLAN DE CAPACITACION</p>	

<p>7. Desarrollan un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, (conflictos de intereses, corrupción, etc.) facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos.</p>	<p>Se tiene establecido el código de ética, así como del Comité de Ética, el cual ayuda a prevenir comportamientos no éticos y la corrupción a lo interno de la institución, así como de prevenir otros tipos de comportamientos.</p> <p>A parte de reuniones y del comité de ética, también se ha desarrollado y se mantiene el Círculo de Desarrollo Gerencial, como parte de incentivar el buen liderazgo</p> <p>Evidencia: Acta Constitutiva Comité de Ética. Código de ética institucional.</p> <p>Evidencia: PABE - PROGRAMA DE BIENESTEAR Y ASISTENCIA AL EMPLEADO - COMITÉ DE ETICA</p>	
<p>8. Refuerzan la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).</p>	<p>Para reforzar la confianza entre los líderes lo constituyen las reuniones periódicas, la campaña Ponte en mis Zapatos y un día con la directora. De igual forma se realizan reuniones con los encargados y líderes de áreas en forma de grupo focal donde se intercambian informaciones necesarias y se refuerza la misión visión y valores del centro.</p> <p>Evidencia: Reconocimientos a grupos de trabajo que modelen los valores del centro. Fotos de ponte en mis zapatos y un día con la directora.</p>	

**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>
<p>I. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.</p>	<p>Contamos con un manual de funciones y responsabilidades aprobado por el MAP Y SNS, y en conjunto con este, tenemos nuestro mapa de procesos el cual contiene más de 27 procesos donde se generan las actividades tanto operativas como administrativas. Cada uno de estos poseen</p>	

	<p>indicadores que están alineados al plan estratégico las cuales dan respuesta a cada uno de los ejes estratégicos con su periodicidad de medición.</p> <p>Evidencias: Estructura Organizacional y Manual de funciones aprobada. Fichas de procesos documentados</p>	
<p>2. Se establece objetivos y resultados cuantificables para todos los niveles y áreas, con indicadores para medir y evaluar el desempeño y el impacto de la organización.</p>	<p>Para la elaboración del Plan Estratégico Institucional y el cumplimiento de estos, se establecen indicadores de gestión las cuales son medidos en base a cada eje estratégico, con el fin de verificar el nivel del logro de los objetivos establecidos.</p> <p>Evidencia: PEI, Matrices estadísticas con perspectiva de género. Balance Score Card</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>A través del tiempo el HPHM ha desarrollado proyectos a partir de las necesidades y expectativas de los ciudadanos a través de encuestas. Ejemplo de esto se creó la unidad de género infantil. Este, al igual que otros servicios son realizados con la participación de grupo de interés para su creación.</p> <p>EVIDENCIA: UNIDAD DE GENERO - TALLERES Y CAPACITACION DE GENERO Y MASCULINIDAD POSITIVA - PROGRAMA CONOCETE MUJER - SELLO RD INCLUYE SERVICIOS NUEVOS</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>Gracias a la elaboración del plan estratégico, así como de los lineamientos estratégicos, el HPHM diseña, monitorea y actualiza el Balance Score Card, la cual es una herramienta que permite identificar los indicadores priorizados, medirlos, controlarlos y mejorarlos con el fin de que estos nos orienten del porcentaje de cumplimiento en el cual está el centro con relación a las metas y objetivos establecidos en el PEI.</p>	



	EVIDENCIA: BALANCE SCORE CARD, CUADRO DE MANDO, MATRICES DE RIESGO.	
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>La institución desde su inicio ha instalado en su modelo de gestión el CAF llevando al HPHM a Ganar el Gran Premio Nacional a la Calidad, así como también la implementación del EFQM que nos permitió obtener ORO al Premio Iberoamericano a la Calidad y también hemos certificados varios procesos priorizados bajo la norma ISO 9001:2015.</p> <p>Evidencia: Modelo CAF, EFQM, Certificación bajo la Norma ISO 9001:2015.</p>	
6. La estrategia de administración electrónica está alineada con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.	<p>La digitalización de récords clínicos de pacientes, se ha llevado más allá, como por ejemplo el desarrollo del software SGA (Sistema de Gestión Administrativa) el cual nos permite digitalizar más del 50% de las estadísticas generadas en el hospital, así como de almacenar la historia clínica de los pacientes, la cual se puede visualizar en cualquier punto con red del centro.</p> <p>Evidencia: Sistema de Gestión Administrativa SGA</p>	Implementación de un sistema integrado a todos los procesos y áreas de trabajo del Hospital.
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>El HPHM mantiene las condiciones para los procesos y la gestión de proyectos a través de la conformación de los diferentes equipos y comités de trabajo para temas diversos, ejemplo: Comité ejecutivo, Comité de Cultura Organizacional, Comité de Innovación y Creatividad, Comité de Compras y Contrataciones, Comité de Ética, Comité Disciplinario, Comité de Bioseguridad CIAS, Comité de Coordinación del PABE.</p> <p>Evidencia: Actas Constitutivas de Comités.</p>	

<p>8. Se asegura una buena comunicación interna y externa en toda la organización, mediante la utilización de nuevos medios de comunicación, incluidas las redes sociales, Cartera de Servicios actualizada publicada.</p>	<p>El HPHM contiene espacios creado espacios para una comunicación interna y externa eficaz, como son sala de juntas para reuniones, salón de conferencias y el centro de investigación, en adición a esto, están las reuniones de equipos gerenciales, políticas de puertas abiertas, correos, intranet, redes sociales, grupos de WhatsApp con los diferentes equipos y comités, los espacios de interacción en su página web, Facebook, cuentas de Twitter, reuniones con actores claves, elaboración de un instructivo para guiar las reuniones, entre otros canales.</p> <p>Evidencia: Correo institucional, Grupo de WhatsApp, Intranet, Áreas y salones de reuniones</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>El compromiso de los líderes se refleja día gracias a los proyectos a realizar en los que ellos también forman parte. En adición se encuentra el concurso de innovación en el cual los colaboradores presentan mejoras en los procesos, se premian a los colaboradores con las mejores propuestas y se ejecutan. También se realizan las encuestas de clima laboral y liderazgo, donde los resultados son presentados a cada uno de los líderes de y se toman acciones correctivas para mejorar la condición de los colaboradores y su satisfacción con el centro y sus líderes.</p> <p>Evidencia: Encuesta de Clima Laboral, Concurso de Innovación, Comité de Innovación, Implementación y continuidad de sistemas (EFQM CAF)</p>	
<p>10. Se comunica las iniciativas de cambio y los efectos esperados, a los empleados y grupos de interés relevantes.</p>	<p>Los líderes han demostrado un compromiso hacia la mejora continua, esto se evidencia a través de la existencia del comité de innovación y el programa de innovación que existen en la organización. Agregando que plasmar una nueva visión instruccional,</p>	

	<p>mostrando lo que se quiere lograr y el compromiso de la excelencia que representa al HPHM, motiva a sus líderes a querer continuar con la filosofía de mejora continua.</p> <p>Evidencia: PEI, Clima laboral, Quejas y Sugerencias.</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>El HPHM cuenta con un robusto comité de ética institucional el cual gestiona y se encarga de velar por el buen comportamiento de los colaboradores y evitar la corrupción institucional a través de charlas, campañas e intervenciones de manera personal y de forma anónima con el fin de que los colaboradores se sientan seguros y motivar un ambiente ético y responsable dentro de la organización.</p> <p>Evidencia: Comité de Ética, Programa de asistencia PABE</p>	

**Subcriterio 1.3 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>I. 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>La alta dirección motiva y apoya a las personas actuando de acuerdo a los objetivos y valores establecidos, participación en actividades, reuniones, un día con la directora, Campaña Ponte en mis Zapatos, la cual cada persona y líder intercambian de puesto de trabajo por un día, el día super el cual todos, incluyendo al director, se visten de súper héroes. De igual forma los supervisores, jefes de servicios y demás responsables de área forman parte de las reuniones de gerentes, distintos comités y de guardias administrativas, lo cual hace que estos se involucren en actividades de mejora del sistema y a la vez predicen con el ejemplo realizando actividades de igual importancia que los demás colaboradores.</p>	

	Evidencia: Fotos Campaña Ponte en mi Zapatos, Política Ponte en mi Zapatos, Fotos un Dia con la directora, Fotos Dia Super, Guardias Administrativas.	
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>La alta dirección promueve una cultura de confianza mutua y de respeto entre los líderes y empleados a través de reuniones abiertas entre estos, puertas abiertas y accesibilidad para todo los líderes y la directora. En ese mismo orden se realizan capacitaciones y talleres de liderazgo, acoso, discriminación y demás, entre colaboradores y líderes en las mismas. Se aplican socializaciones y mejoras a partir de las encuestas de clima laboral.</p> <p>Evidencia: Talleres de Liderazgo, Mobbing y acoso laboral, Política de Puertas Abiertas,</p>	
3. Informan y consultan a los empleados, de forma regular o periódica, sobre asuntos claves relacionados con la organización.	<p>Informaciones y asuntos claves relacionadas con la organización se dan a conocer mediante reuniones con los diferentes equipos de trabajo. Para esto, el HPHM cuenta con equipos multidisciplinarios conformados bajos los diferentes comités las cuales se convocan y se reúnen periódicamente. También se comunican a través de los grupos de WhatsApp donde están todos los gerentes y encargados de las áreas en conjunto con reuniones con este mismo grupo. Otras vías de comunicación para temas importantes son los correos electrónicos, intranet, pagina web y circulares.</p> <p>Evidencia: Correo Electrónico, Grupo de WhatsApp, Reuniones grupos de trabajo y distintos comités</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>A través del Plan de Capacitación el HPHM fortalece los conocimientos de los colaboradores, por lo que los resultados de estos se reflejan en el desempeño de los mismos y el cumplimiento de sus actividades y tareas asignadas. También a través de Concurso entre los colaboradores sobre la presentación creativa de la Misión, Visión y Valores, creación Comité de Innovación y Creatividad, y aplicación de encuestas se promueve una cultura de innovación se anima y apoya a los empleados para que hagan sugerencias y sean proactivos en el trabajo diario. No obstante, a esto, de la gestión humana se tienen las evaluaciones de desempeño en la cual se revisan los acuerdos y compromisos de los colaboradores, su nivel de cumplimiento y en base a esto se hace la retroalimentación a cada uno de estos para la mejora.</p> <p>Evidencia: Plan de capacitaciones, Acuerdos de desempeño por competencias, Comité de innovación,</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>El HPHM empodera a sus colaboradores para la toma de decisiones debido a las competencias que estos poseen. En adición a esto, estos se cosechan a través de las charlas y talleres que se realizan de empoderamiento y liderazgo. Otras actividades que se realizan para el desarrollo de esto son las Guardias activas administrativas, en el cual un directivo diferente supervisa las áreas del hospital los fines de semana y los interinatos cuando los responsables de área se ausentan, estos deben de realizar un informe luego de cada guardia de los hallazgos y eventualidades que se presentan.</p> <p>Evidencia: Talleres y charlas de liderazgo, empowerment e inteligencia emocional, Calendario Guardia administrativa,</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>La cultura del aprendizaje y de animar a los empleados a desarrollar sus competencias en el HPHM se realizan a través del Círculo de Desarrollo Gerencial, Aula Virtual y Clases de francés. Haciendo uso de la Intranet del centro se pueden observar escritos de acciones mejoras y retroalimentaciones de actividades realizadas durante los servicios dados en el centro.</p> <p>Evidencia: Circulo de desarrollo Gerencial, Aula virtual, Plan de Capacitación, Intranet.</p>	
<p>7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.</p>	<p>El HPHM ha diseñado y desarrollado un mecanismo para reconocer y recompensar los esfuerzos de los equipos y las personas, a través de una política de reconocimiento a la Excelencia y un Mural de Colaborador Meritorio donde se coloca las fotos de los galardonados.</p> <p>Evidencia: Política de reconocimiento a empleados, Reconocimiento la Milla Extra, Reconocimiento a los grupos de trabajo que modelen mejor los valores del centro.</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>I. 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>La sub dirección de planificación y desarrollo ha elaborado y lleva a cabo una política para la gestión de los grupos de interés. También para se tiene la matriz de grupo de interés, donde se detallan las necesidades y expectativas de estos y los diferentes mecanismos que tiene el centro para dar respuesta a estos.</p>	

	Evidencia: Matriz Grupo de Interés.	
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>A los fines de ejecutar programas y proyectos que desarrollan y mantienen relaciones proactivas con representantes de la comunidad, políticos, con diversas ONGS gremios, entre otros actores claves. Podemos mencionar: Sector primer y segundo nivel de atención, Regional de Salud, Dirección Regional de Salud Metropolitana, Ministerio de Salud Pública, Contraloría General de la República, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, Dirección General de Presupuesto, Compras y Contrataciones, Ministerio de Administración Pública, juntas de vecinos, miembros de la comunidad y líderes religiosos, Universidades. Administradoras de Riesgos de Salud ARS, con las escuelas, CMD.</p> <p>Evidencia: Plan Estratégico Institucional.</p>	
3. Identifican las políticas públicas, especialmente relacionadas con el sector, relevantes para la organización para incorporarlas a la gestión.	<p>Articulación de comisión para el análisis de las necesidades de los grupos de interés. También existe el análisis de las necesidades de dichos grupos. Aspectos que son considerados en el Plan estratégico, en los puntos capacidades instaladas, contexto nacional y local)</p> <p>Evidencia: Normas y protocolos de atención en los diferentes procedimientos.</p>	
4. Alinean el desempeño de la organización con las políticas públicas y las decisiones políticas.	<p>El Plan Estratégico Institucional del HPHM están alineados a las estrategias nacional de desarrollo y a los ODS. Todo estos, descritos dentro de 4 ejes estratégicos que dan respuestas a políticas públicas y al cumplimiento de las regulaciones necesaria. Para el cumplimiento de esta, se realiza el Plan Operativo Anual el cual es realizado por el Servicio Nacional de</p>	

	<p>Salud, los cuales tienen estandarizados las metas, recursos necesarios y las actividades a realizar por todas las instituciones de salud del estado, las cuales darán respuesta a las estrategias nacional de desarrollo y políticas públicas.</p> <p>Evidencia: Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo Anual, Balance Score Card.</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>El HPHM mantiene y desarrolla las alianzas proactivas con autoridades políticas y con grupos de interés, incluyendo comunitarios, Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS), SIMUDIS, Consejo Nacional de la Niñez (CONANI), CRUZ ROJA, Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), OPERACIÓN SONRISA, Fundación Cruz Jiminian, Fundación Óptica Oviedo, Ministerio Publico, Universidad Autónoma Santo Domingo (UASD), Laboratorio de Referencia. Participan en actividades con las ARS, Ministerio de Medio Ambiente, FUNGLODE, Banreservas, entre otras.</p> <p>Evidencia: Firmas y Acuerdos con cada una de las instituciones antes mencionadas.</p>	
<p>6. Participan en las actividades organizadas con asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</p>	<p>La dirección el HPHM participa activamente en las actividades de asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de interés. CMD, Asociación de Profesores del Distrito de la zona, Fundación Global Democracia y Desarrollo (FUNGLODE), Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología, etc.</p> <p>Evidencia: Fotos y listado de asistencia.</p>	
<p>7. Aumentan la conciencia pública, la reputación y el reconocimiento de la organización,</p>	<p>A través de los diferentes medios y canales de comunicación, el HPHM de la mantiene una</p>	



<p>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>participación activa con publicaciones en página web y redes sociales como twitter, Instagram y Facebook, tratan en la medida de lo posible que la organización y los servicios que prestan obtengan buena reputación y reconocimiento público. También a través de la página web, en transparencia se puede visualizar los resultados de los servicios ofrecidos por el centro.</p> <p>Evidencia: Fotos, Plan de comunicación, Artículos.</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>El HPHM a través de la elaboración del Plan Estratégico Institucional se recopila, analiza y se revisa informaciones relevantes sobre variables político- legales, socio-culturales, medioambientales, económicas, tecnológicas, demográficas, etc, las cuales son utilizadas para la elaboración de estrategias con el fin de impactar de manera positiva cada una de las partes interesadas. Este conjunto a las actividades es desplegado a través de los ejes estratégicos y al Plan Operativo Anual.</p> <p>Evidencia: Plan Estratégico Institucional</p>	
<p>2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y analiza con ellos periódicamente la información sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.</p>	<p>Las informaciones sobre los grupos de interés se recogen y analizan de forma sistemática, a través de los levantamientos semanales y mensuales de los datos estadísticos del hospital, Informes de productividad de las áreas médicas y a través de las encuestas realizadas específicamente a los grupos</p>	

	<p>de interés (comunidad, usuarios externos e internos).</p> <p>Evidencia: Encuesta grupo de interés, Buzones de quejas y sugerencias, Matriz de grupos de interés,</p>	
<p>3. Analiza las reformas del sector público, especialmente las del sector salud, para definir y revisar estrategias efectivas.</p>	<p>El HPHM a través de la elaboración del PEI analiza los requisitos legales de los organismos rectores, así como el lineamiento trabajado desde la máxima autoridad del país, con el fin de aplicar nuevas estrategias y planes de trabajo que se lleven a cabo de manera efectiva en beneficio del sector salud. En adición a esto como parte de la adaptación del trabajo realiza estrategias y guías de trabajo a partir de las resoluciones emitidas de las entidades rectoras.</p> <p>Evidencia: PEI, PLANES DE TRABAJO, COMUNICACIONES</p>	
<p>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.).</p>	<p>En la realización del Plan Estratégico Institucional se utilizan varias herramientas para analizar las fuerzas, debilidades, oportunidades y amenazas de la institución aplicando el análisis FODA. Luego de y la autoevaluación con la Metodología CAF, además de la aplicación sistemática del PDCA, el HPHM analiza las debilidades, fuerzas y gestión de riesgo aplicando EFQM, una herramienta de excelencia de calidad. Otro aspecto a destacar es que existe una política para la gestión de riesgos donde se identifican estos por procesos y la manera de mitigarlos; esto forma parte de la aplicación del SGC bajo la norma ISO 9001:2015</p> <p>Evidencia: Análisis FODA en el PEI, Metodología CAF, EFQM, Matriz de Riesgo.</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>±.Traduce la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) en base a prioridades, a las estrategias nacionales o las relacionadas con el sector que sean establecidas por sus órganos superiores.</p>	<p>El HPHM a través de su plan estratégico impregna y define su misión y visión, estableciendo los métodos y objetivos para alcanzarlos. En este plan estratégico se analizan los riesgos, amenazas, fuerzas y oportunidades, con el fin de tomar acciones para poder lograr las metas establecidas. Gracias a la implementación del SGC bajo la norma ISO 9001:2015 se elaboró la política de gestión de riesgos, la cual define las líneas para abordarlos a través de los diferentes procesos establecidos y levantados. A través del plan operativo anual POA se establecen las actividades las cuales dan respuesta a cada eje estratégico cuyos indicadores de cumplimiento están orientados a la misión y objetivos del HPHM y que son medidos en el Balance Score Card.</p> <p>Evidencia: PEI, POA, FODA.</p>	
<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>Para la elaboración del Plan Estratégico Institucional del HPHM, en el cual se definen también la misión visión y valores, el centro convoca a los grupos de interés, los cuales deciden en conjunto con los colaboradores cual será la nueva línea estratégica que tomará el hospital, basado en las necesidades y expectativas de estos, y las estrategias nacionales de desarrollo. Estas actividades están definidas en la política para la elaboración del PEI establecidas por el HPHM</p> <p>Evidencia: Minutas, listado de asistencia y fotografía Participación de los grupos de interés en la realización del PEI.</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>Dentro del PEI 20224 el centro desarrolló sus estrategias durante los próximos años, dentro de estas se encuentra el eje estratégico de sostenibilidad financiera. En adición a esto como parte de la responsabilidad social se cuenta con el programa de verano, operativos y jornadas medicas en la comunidad de santo domingo norte.</p> <p>Evidencia: Plan estratégico Institucional, Programa de verano, Operativos médicos</p>	
<p>4. Asegura la disponibilidad de recursos para una implementación efectiva del plan.</p>	<p>De forma anual, el HPHM el presupuesto de la institución, donde se detallan las partidas financieras y el monto asignado a cada una. Esto se realiza con el fin de asegurar y controlar la disponibilidad de recursos financieros para el desarrollo y ejecución de las actividades de la organización y por ende que den respuesta positiva al cumplimiento de las metas. La ejecución de este presupuesto es evaluada trimestralmente para validar de que se esté llevando a cabo de acuerdo a lo planificado. También el hospital realiza el plan anual de compras y contrataciones el cual guarda relación con el presupuesto, donde se describen todas las compras y las contrataciones que se harán durante cada año, donde también tiene el mismo propósito de asegurar las disponibilidades siempre de recursos para el desarrollo de las actividades del centro.</p> <p>Evidencia: Presupuesto, Actividades de POA presupuestadas, Informes de las ejecuciones presupuestarias</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>                      1. Implantan la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</p>	<p>El HPHM implanta la estrategia a través de su estructura organizativa, la definición de los procesos y los planes estratégico y operativo, utilizando la herramienta de medición de indicadores Balance Score Card, el cual da respuesta a cada eje estratégico definidos en el Plan Estratégico Institucional. Esta herramienta permite medir de manera constate el logro de los objetivos y los proyectos establecidos por el centro.</p> <p>Evidencia: Manual de funciones del hospital. Balance Score Card</p>	
<p>2. Los objetivos operativos se traducen en programas y tareas con indicadores de resultados.</p>	<p>Los objetivos estratégicos y operativos del HPHM son traducidos a través del Plan Operativo Anual, el cual describe las actividades a realizar por cada uno de los individuos y grupos de trabajo del centro. Estas tareas y actividades son socializadas y entregadas a cada uno de estos para su entendimiento y el significado del cumplimiento de estos objetivos.</p> <p>Evidencia: POA, Acuerdos de desempeño</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>El HPHM a través de reuniones con los líderes y encargados de procesos, también con los distintos comités que operan dentro de la institución, se comunica y se difunden los objetivos y planes de trabajo establecidos por la alta dirección en conjunto con los grupos de interés. Estos a su vez comunican a los demás colaboradores con el fin de que todos colaboren al cumplimiento de los</p>	

	<p>objetivos. También en toda la infraestructura del centro se plasman la misión visión y valores, recordando cual es fin de la institución. No obstante, se realizan concursos de misión, visión y valores, en el cual se premian a los grupos de trabajos que modelen mejor cada uno de estos, el cual es una manera de comunicar e incentivar a todos los colaboradores del centro.</p> <p>Evidencia: Reuniones Comités y equipos de trabajo, Correo institucional, Letreros y murales, Acuerdos de desempeño.</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>Desde la sub dirección de planificación y desarrollo, la gerencia de calidad, realiza auditorias periódicamente en los diferentes procesos, en el cual los resultados de estos dan respuesta a niveles de cumplimiento de los diferentes indicadores establecidos. Estos a su vez, son plasmados en el Balance Score Card, el cual es la herramienta utilizada por el HPHM para medir y monitorear el nivel de cumplimiento de los objetivos a través de los indicadores de gestión, que están alineados y dan respuesta a los ejes estratégicos y por ende al cumplimiento de las estrategias.</p> <p>Evidencia: Auditorias, Recolección de datos estadísticos, Balance score card</p>	<p>Actualizar los indicadores de gestión en nuevo dashboard POWER BI</p>

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. Identifica las necesidades y los motores impulsores de la innovación y el cambio, teniendo</p>	<p>A través de las actividades de benchmarking donde se conocen buenas prácticas implementadas por otras organizaciones y la detección de avances</p>	

<p>en cuenta las oportunidades y la necesidad de la transformación digital.</p>	<p>tecnológicos y el comité de innovación el HPHM identifica cada una de estas y la implementa de acorde a la factibilidad y viabilidad dentro de la organización. Como ejemplo de esto tenemos la APP Hugo Mendoza, el Sistema SGA integrado al triaje de manchester en emergencias.</p> <p>Evidencia: Comité de Innovación, Benchmarking,</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>A través del comité de innovación, el cual también realiza de manera anual el concurso de innovación, el HPHM crea e incentiva una cultura de innovación a todos los niveles dentro del centro. También, está el Circulo de Desarrollo Gerencial en el cual se capacita y se desarrollan lideres dentro de la institución. También se realizan de manera sistemática Benchmarking y Benchlearnings con diferentes instituciones del país, con el fin de adquirir conocimientos en buenas prácticas que funcionen dentro de la estructura del centro. Estos conocimientos de innovación y casos del día a día presentados en el área de salud, son compartidos en la INTRANET del centro el cual todos los colaboradores tienen acceso para poder leer y aprender de estas prácticas</p> <p>Evidencia: Intranet como banco de conocimiento, Circulo de Desarrollo Gerencial, Benchlearning, Centro de Investigación.</p>	
<p>3. Comunica la política de innovación y los resultados de la organización a todos los grupos de interés relevantes.</p>	<p>El HPHM a través de su plan de comunicación y sus diferentes herramientas en conjunto con gestión humana, comunican todas las políticas, logros, resultados, avances y cambios a todos los grupos de interés del centro, con el fin de mantener a todos con</p>	

	<p>las informaciones más relevantes y pertinentes que afectan de manera directa o indirecta a estos.</p> <p>Evidencia: Correos electrónicos, Chats Whatasapp, Murales y Redes Sociales</p>	
<p>4. Implementa sistemas para generar ideas creativas y alentar propuestas innovadoras de empleados en todos los niveles y otros grupos de interés, que respalden la exploración y la investigación.</p>	<p>través del comité de innovación se realiza de manera anual el concurso de innovación, el HPHM crea e incentiva una cultura de innovación a todos los niveles dentro del centro. También, está el Circulo de Desarrollo Gerencial en el cual se capacita y se desarrollan líderes dentro de la institución. También se realizan de manera sistemática Benchmarking y Benchlearnings con diferentes instituciones del país, con el fin de adquirir conocimientos en buenas prácticas que funcionen dentro de la estructura del centro. Estos conocimientos de innovación y casos del día a día presentados en el área de salud, son compartidos en la INTRANET del centro el cual todos los colaboradores tienen acceso para poder leer y aprender de estas prácticas</p> <p>Evidencia: Comité de Innovación</p>	
<p>5. Implementa métodos y procesos innovadores para hacer frente a las nuevas expectativas de los ciudadanos/ clientes y reducir costos, proporcionándoles bienes y/o servicios con un mayor valor agregado.</p>	<p>Gracias a las encuestas de necesidades y expectativas de los grupos de interés, la gestión de quejas y sugerencias y al realización de elaboración del PEI donde se verifica el contexto epidemiológico y las nuevas tendencias, el HPHM cada año apertura servicios y mejora procesos con el fin de satisfacer las necesidades reales de los grupos de interés y de beneficio directo de estos servicios que son los niños, niñas y adolescentes del país.</p> <p>Evidencia: Ampliación cartera de servicios, Grupos focales, encuestas, encuentros grupos de interés.</p>	



6. Asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.	<p>Para asegurar la disponibilidad para los cambios planificados dentro del HPHM son tomados en cuenta en primera instancia en el POA, en segundo lugar, es tomado en cuenta en el Plan Anual de Compras y Contrataciones y por último también en el presupuesto anual, donde todo está conectado y alineado para que estén siempre disponible los recursos para la implementación de proyectos y cambios dentro del hospital.</p> <p>Evidencia: Presupuesto institucional, Plan Anual de Compras y Contrataciones.</p>	

### CRITERIO 3: PERSONAS

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

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
1. Analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, de acuerdo con la estrategia de la organización.	El HPHM analiza periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos mediante el nivel de cumplimiento de los acuerdos de desempeño realizados a los colaboradores actuales de la organización. Dentro de la definición de la estrategia, en la elaboración de la misión visión y valores, los cuales son realizados en conjunto con los grupos de interés, se planifica los recursos humanos necesarios para lograr y cumplir con los objetivos establecidos en la visión. De igual forma, se realizan encuestas de clima laboral en la cual se perciben los	

	<p>niveles de satisfacción de los colaboradores y sus necesidades</p> <p>Evidencia: Evaluaciones acuerdo de desempeño, Resultados de las Encuesta clima laboral</p>	
<p>2. Desarrolla e implementa una política transparente de recursos humanos basada en criterios objetivos para el reclutamiento, promoción, remuneración, desarrollo, delegación, responsabilidades, recompensas y la asignación de funciones gerenciales, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro.</p>	<p>El HPHM cuenta con el manual de proceso de Gestión Humana en el cual están descritos todos los sub procesos que lo componen: Selección y reclutamiento, capacitación, evaluación del desempeño, nomina, entre otros. En adición a esto se tiene Política de Inclusión laboral, el cual, gracias al cumplimiento de esta política y contratación de colaboradores con discapacidad, el centro fue reconocido medalla de plata en el marco de Sello RD Incluye por parte del CONADIS y el PNUD.</p> <p>Evidencia: Manual de Funciones HPHM, Manual de procesos Gestión Humana, Política inclusión laboral</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>El HPHM cuenta con política de conciliación del trabajo y vida laboral donde se le otorga una vez al mes a los colaboradores un día libre al igual que una política de horario flexible donde se acomoda la jornada laboral del colaborador de acuerdo a su necesidad y cumpliendo la cantidad de horas laborables exigidas.</p> <p>Evidencia: Manual de políticas de Gestión Humana, Política de Conciliación de la vida laboral, Horario Flexible</p>	
<p>4. Revisa la necesidad de promover las carreras y desarrollar planes en consecuencia.</p>	<p>El Proceso de selección y desarrollo se gestiona con criterio de justicia y atención a la diversidad, a través de la política de Acción Afirmativa, prevención del acoso laboral (mobbing), acoso sexual. Estas</p>	

	<p>acciones han hecho que el HPHM sea un hospital inclusivo lo cual ha llevado a que sea reconocido en medalla de plata en el Sello RD Incluye.</p> <p>Evidencia: Política de Acción Afirmativa. Talleres para prevención de acoso laboral.</p>	
<p>5. Asegura, que las competencias y capacidades necesarias para lograr la misión, la visión y los valores de la organización sean las adecuadas, centrándose especialmente, en las habilidades sociales, la mentalidad ágil y las habilidades digitales y de innovación</p>	<p>La Sub Dirección de Recursos Humanos asegura las capacidades de las personas para el cumplimiento de las actividades dentro del centro con las descripciones de todos los puestos que existen dentro de la organización, en el cual se describen las competencias necesarias para asumir el puesto y las funciones y responsabilidades a desarrollar en este. También todos los colaboradores son evaluados con la evaluación de desempeño por competencias y régimen ético, el cual da respuesta a que cada uno de ellos están alineados y contribuyendo al logro de los objetivos plasmados.</p> <p>Evidencia: Perfiles de puestos, Acuerdos de desempeño</p>	
<p>6. Gestiona el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, discapacidad, edad, raza y religión).</p>	<p>El Proceso de selección y desarrollo se gestiona con criterio de justicia y atención a la diversidad, a través de la política de Acción Afirmativa, prevención del acoso laboral (mobbing), acoso sexual. Estas acciones han hecho que el HPHM sea un hospital inclusivo lo cual ha llevado a que sea reconocido en medalla de plata en el Sello RD Incluye.</p> <p>Evidencia: Política de Acción Afirmativa. Talleres para prevención de acoso laboral.</p>	
<p>7. Apoya una cultura de desempeño: definiendo objetivos de desempeño con las personas</p>	<p>Con la creación de la política de reconocimiento a empleados meritorios, el HPHM reconoce a los</p>	

	<p>colaboradores de distintas áreas. Esta práctica ha sido actualizada ya que se reconoce a los grupos de trabajo que modelen mejor los valores de la institución. A esta también se le une la Milla Extra, el cual reconoce aquellos colaboradores que van más allá de sus actividades y sus responsabilidades. Como parte de la cultura del desempeño se crea el sistema de Evaluación del Desempeño basado en tres componentes, Competencias, Logro de Metas o Resultados y Régimen Ético y Disciplinario, en el cual se reconoce a los colaboradores.</p> <p>Evidencia: Política de reconcomiendo, milla extra, concurso de innovación, concurso misión visión y valores, reconocimiento a equipos de trabajo por modelar los valores del centro.</p>	
<p>8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.</p>	<p>todos los colaboradores son evaluados con la evaluación de desempeño por competencias y régimen ético, el cual da respuesta a que cada uno de ellos están alineados y contribuyendo al logro de los objetivos plasmados. Estos se realizan de manera semestral.</p> <p>Evidencia: Perfiles de puestos, Acuerdos de desempeño</p>	
<p>9. Se aplica una política de género como apoyo a la gestión eficaz de los recursos humanos de la organización, por ejemplo: funciona una unidad de género, y acciones relacionadas a esta.</p>	<p>El Proceso de selección y desarrollo se gestiona con criterio de justicia y atención a la diversidad, a través de la política de Acción Afirmativa, prevención del acoso laboral (mobbing), acoso sexual. Estas acciones han hecho que el HPHM sea un hospital inclusivo lo cual ha llevado a que sea reconocido en medalla de plata en el Sello RD Incluye.</p>	

	Evidencia: Política de Acción Afirmativa. Talleres para prevención de acoso laboral.	
--	--	--

**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>
1. Se implementa una estrategia / plan de desarrollo de recursos humanos basado en la competencia actual y el desarrollo de perfiles competenciales futuros identificados, incluyendo las habilidades docentes y de investigación, el desarrollo de liderazgo y capacidades gerenciales, entre otras.	<p>Cada año se realiza el plan anual de capacitación, en el cual se detectan las necesidades de los colaboradores por cada área en específico, los cuales son colocados para desarrollar a estos en distintas capacidades. En adición a esto, a través de los resultados de los acuerdos de desempeño, son tomadas en cuenta para agregar elementos no detectados para el plan de capacitación. Para el desarrollo de este proceso, se toma en cuenta la visión y los objetivos del centro, los cuales aportarían al desarrollo del personal para el cumplimiento de estos a corto y mediano plazo.</p> <p>Evidencia: Plan Anual de Capacitación. Informes de detección de necesidades</p>	
2. Se guía y apoya a los nuevos empleados a través de tutoría, mentoría y asesoramiento de equipo e individual.	<p>A través de la coach contratada por el centro, la cual da seguimiento constante a esos líderes y el desarrollo de futuros líderes. Este también, de manera individual asiste, motiva y acompaña a los colaboradores que requieran esa atención especial y los cuales no soliciten</p> <p>Evidencia: procedimiento de Inducción, Talleres de Coaching, Talleres de inducción.</p>	

<p>3. Se promueve la movilidad interna y externa de los empleados.</p>	<p>A través de los informes sobre la evaluación de desempeño y de capacitación, se promueve la movilidad interna de los colaboradores, motivando así a recurrir al uso de los colaboradores, reconocimiento de sus esfuerzos, disminuyendo así las contrataciones a vacantes dentro del centro.</p> <p>Evidencia: Política de promoción y remoción, Evaluaciones de los acuerdos de desempeño</p>	
<p>4. Se desarrollan y promueven métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).</p>	<p>La organización desarrolla y promueve métodos modernos de formación, como el Aula Virtual bajo la herramienta Moodle y también a través de la INTRANET del centro.</p> <p>Evidencia: Aula Virtual herramienta Moodle, Intranet.</p>	
<p>5. Se planifican las actividades formativas en atención al usuario y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.</p>	<p>El HPHM planifica y desarrolla actividades sobre los temas de Ética a través del Comité de Ética el cual es evaluado por la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG). La organización posee una Política de Prevención de Conflictos de Intereses y también cuenta con el programa de bienestar de los colaboradores PABE, los cuales dan cabida a todos los colaboradores.</p> <p>Evidencia: Talleres sobre Ética, Conflicto de Interés. Plan de Capacitación.</p>	
<p>6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el</p>	<p>Las actividades formativas son evaluadas de manera trimestral, en el cual se verifica el cumplimiento del plan de capacitación a la fecha, el total de hora de las capacitaciones en comparación al total</p>	

<p>costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.</p>	<p>planificado, así como también el impacto en conocimientos de los colaboradores.</p> <p>Evidencia: Evaluaciones del plan de capacitación y los resultados arrojados de las evaluaciones de desempeños de los colaboradores de bajo rendimiento y que han recibido capacitación</p>	
---	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p>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.</p>	<p>En el HPHM se promueve una cultura de comunicación, dialogo abierto y trabajo en equipo, para esto se cuenta con un instructivo para la realización de reuniones efectivas, a través de los distintos comités, también a través de una cultura ya implementada y efectiva de puertas abiertas, charlas, y grupos de WhatsApp con distintos grupos de trabajos para la motivación de estos y sus líderes.</p> <p>Evidencia: Instructivo realización de reuniones. Acta constitutiva comités de trabajo. Comunicación a través de correo electrónico, reuniones, WhatsApp, entre otras.</p>	
<p>2. Se crea las condiciones para que el personal tenga un rol activo dentro de la organización, por ejemplo, en el diseño y desarrollo de planes, estrategias, objetivos y procesos; en la identificación e implementación de actividades de mejora e innovación, etc.</p>	<p>Para la realización del Plan Estratégico Institucional y el operativo Anual, se realizan talleres con los colaboradores de distintas áreas y demás conglomerados que forman parte de los grupos de interés del HPHM, en el cual cada uno de estos aportan ideas y sugerencias para el diseño, establecimiento de metas y acciones de mejoras que pueden colaborar al cumplimiento de estos.</p>	

	Evidencia: Reuniones con fotos y listado de participantes de colaboradores y grupos de interés.	
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>La unidad de estadísticas realiza, analiza y elabora el informe de las encuestas de clima laboral del HPHM. Los resultados arrojados dentro de estas, son socializados tanto con los directivos y como con cada uno de los líderes de procesos, esto con el fin de tomar acciones correctivas al igual que desde la gestión humana.</p> <p>Evidencia: Encuestas clima laboral.</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>Es importante que gestión humana asegure buenas condiciones ambientales donde se desenvuelven los colaboradores, para esto, a través del comité de bioseguridad, se realizan inspecciones y actividades para asegurar que no existan condiciones inseguras en las áreas laborales. También, se cuenta con la una Unidad de Salud Ocupacional, que realiza planes y acciones para asegurar la salud de los colaboradores como es la ergonomía, jornada de vacunación y exámenes médicos. buenas condiciones ambientales en el hospital, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos de seguridad laboral. En adición a esto, está el Programa de Asistencia y Bienestar para los Empleados (PABE), donde un grupo de especialistas en diversos ámbitos de asistencia brindan sus servicios con el objetivo de garantizar el mejor estado físico, económico, psicológico y financiero de todos los colaboradores de la institución. El PABE ofrece orientación nutricional, apoyo emocional en situaciones difíciles, educación financiera, asistencia</p>	



	<p>legal y otros beneficios a los colaboradores de la institución.</p> <p>Evidencia: Programa de Asistencia y Bienestar para los Empleados PABE. Unidad de Salud ocupacional, Procedimiento riesgos laborales</p>	
<p>5. Se asegura un equilibrio razonable entre el trabajo y la vida personal y familiar de los empleados.</p>	<p>Para garantizar condiciones que faciliten la conciliación de la vida laboral y personal de los empleados, el HPHM ha implementado Horario Flexible, donde se ajusta los horarios de los colaboradores en cierta medida, respecto a alguna necesidad personal o desplazamiento para llegar al centro. Esto da cabida a que los colaboradores puedan entrar o llegar una hora antes o después a laborar, recompensada esta con la hora de salida. También el centro posee política para las licencias por maternidad o paternidad a todos los colaboradores del centro. Cada uno de los colaboradores pueden tener acceso a los correos electrónicos institucionales instalados desde la unidad de tecnología a cada uno de estos, con el fin de estar conectados a informaciones pertinentes mientras estén fuera del centro; así como al Sistema de Gestión Administrativo, entre otras herramientas que posee le centro.</p> <p>Evidencia: Política Licencias Médicas (paternidad y maternidad). Política Horario Flexible,</p>	
<p>6. Se presta especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.</p>	<p>El centro es reconocido por sus actividades y programas de inclusión laboral, como evidencia de esto, a través de la política de acción afirmativa se le que se presta atención a los empleados más desfavorecidos o con discapacidad, en esta se</p>	

	<p>detallan lo necesario y pautas para la contratación del personal con condiciones especiales para laborar en la institución. También, durante todo el año se realizan actividades sobre Mobbing laboral, cursos lenguaje de señas, y a través del funcionamiento del Programa de asistencia y bienestar para los empleados PABE.</p> <p>Evidencia: Talleres de Mobbing y acoso laboral, Cursos Lenguaje de señas, Programa de Asistencia y Bienestar para los Empleados PABE, Política Inclusión Laboral y Acción Afirmativa</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>Desde la Gestión Humana, se cuenta con un procedimiento para el reconocimiento al mérito, denominado Programa de reconocimiento a la Excelencia, el cual se establecen las pautas para premiar y reconocer de forma no monetaria a los colaboradores del centro. En adición a esto, se reconocen a los grupos de trabajos que modelen mejor los valores del centro, donde se les entrega una estatuilla y son publicados en el mural de reconocimientos. De manera individual, a través de la MILLA EXTRA se reconocen aquellos colaboradores realizan un esfuerzo más allá de sus funciones.</p> <p>Evidencia: La Milla Extra, Concurso de Innovación, Reconocimiento Misión Visión y Valores</p>	

**CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.**

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

**SUBCRITERIO 4.I. Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<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>Los proveedores son parte esencial para cualquier institución y mucho más para el HPHM, es por eso, que la institución ha creado una gran base en relación a alianzas estratégicas de diferentes sectores, que tienen un valor agregado a lo que es la funcionalidad y gestión del centro. El centro tiene acuerdo con 19 ARS, convenio con PROMESECAL el cual envía medicamentos, centro en especial para aquellos pacientes con diabetes. Convenio con el patronato de ciegos, fundación de hipertensión pulmonar, Universidades como son O&amp;MED, INTEC, UASD, UNICARIBE UNIREMHOS, en el cual rotan los estudiantes de medicina por la institución y también el programa de pasantías. La fundación ST Jude el cual cubren los gastos en medicina de los pacientes con cáncer y leucemias, acuerdo con la Oficina Nacional de Estadísticas, entre otras instituciones.</p> <p>Evidencia: Contratos ARS, Acuerdos y convenios con Instituciones Privada y Publicas.</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>Otros acuerdos con responsabilidad social son como por ejemplos, el convenio con la Asociación Dominicana de Síndrome de Down en el cual a partir de esta se crea la consulta para pacientes con síndrome de Down y también el centro ha contratado a colaboradores con esta condición. El convenio con el Patronato de Ciegos, creando posibilidades y contratación de personal con esta condición dentro del centro. Otras actividades que posee el centro de responsabilidad social son la Operación Sonrisa con la Fundación Cruz Jiminian, Jornadas Medicas en conjunto con la comunidad, donde el centro se transporta a los diferentes sectores de Santo Domingo Norte para dar consultas</p>	

	<p>y atenciones médicas de diferentes sub especialidades. En el parte medioambiental, el Hospital es parte de la Red de Hospitales Verdes gracias a su acuerdo con Green Love y también con la contratación de AIDSA.</p> <p>Evidencia: Contrato con AIDSA, Acuerdos y convenios con Instituciones sin fines de lucro (ONG), Reconocimiento por formar parte de la Red de Hospitales Verdes.</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>Dentro de los acuerdos elaborados, ambas instituciones asignan responsables encargados de dar seguimiento y evaluar las ejecuciones de los acuerdos elaborados. Gracias a esto, los acuerdos realizados por el HPHM han sido implementados de manera satisfactoria en el cual es evidenciable a través de los servicios el logro de esto.</p> <p>Evidencia: Reportes e informes de los logros de los acuerdos de colaboración (ADOSID, Patronato de Ciegos. Evaluación trabajos ONE</p>	
<p>4. Identifican las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y las desarrolla cuando sea apropiado.</p>	<p>El HPHM realizó un acuerdo de colaboración con la Oficina Nacional de Estadísticas, donde se vio la necesidad de reportar y aportar datos estadísticos de género en la niñez para la Republica Dominicana, donde existe una oportunidad de mejora en toda la nación: y como parte de la excelencia del centro, se inició desde este hospital para dar curso a este gran proyecto. Los niños bajo la condición de Síndrome de Down en República Dominicana, no reciben un servicio de salud de manera integral dentro de los hospitales y clínicas. Es por esto que el HPHM realiza un acuerdo de colaboración con la Asociación Dominicana de Síndrome de Down, en el cual se</p>	

	<p>habilita la primera Clínica Genética y Consultas de Síndrome de Down en RD, donde se les brinda servicios de salud humanizada y de manera integral a los niños con esta condición.</p> <p>Evidencia: Acuerdos y Convenio con la ONE y ADOSID. Consultas de Síndrome de Down.</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>Para la contratación y selección de proveedores el HPHM se apega fielmente a lo descrito en el Manual de Compras y Contrataciones establecido y elaborado por el mismo centro, el. En adición a esto, el hospital forma parte y trabaja con la Dirección General de Compras y el portal transaccional, lo cual hace transparente en primera instancia todos los procesos, y más importante aún, se cumple con todo lo reglamentario bajo la ley de compra y contrataciones no. 340-06. Todo esto establece que se cumpla con todo lo requerido para la selección de proveedores de manera transparente</p> <p>Evidencia: Listado de proveedores contratados con su aprobación de ser proveedores del estado. Manual de compras y contrataciones. Ley 340-06</p>	

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

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

<p>1. Incentiva la participación y colaboración activa de los pacientes y sus representantes en los procesos de toma de decisiones de la organización (co-diseño, co-decisión y coevaluación) usando medios apropiados. Por ejemplo: a través de buscar activamente ideas, sugerencias y quejas; grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión, comités de calidad, buzón de quejas; asumir funciones en la prestación de servicios; otros.</p>	<p>De manera constante, dentro del plan de comunicación, se publica en las diferentes plataformas y medios de comunicación las diferentes formas de participación ciudadana, donde todos pueden dejar sus quejas, opiniones y sugerencias, las cuales son recolectadas por la gerencia de calidad y presentadas al comité ejecutivo para dar respuestas a cada una de estas. Para la elaboración del plan estratégico institucional y apertura de nuevos servicios, se convoca a las partes interesadas con el fin de que estas formen parte del diseño de estos, que de uno de lo desarrollado. Para mantener una comunicación efectiva con los grupos de interés se tiene un grupo vía WhatsApp donde se mantiene una comunicación efectiva de todos en conjunto con el centro. Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción a todos los grupos de interés y ciudadanos/clientes, donde también estos pueden dejar sus opiniones y sugerencias de la gestión del centro.</p> <p>Evidencia: Encuesta de satisfacción grupos de interés, Buzones de quejas y sugerencias, Carta Compromiso, Reuniones para la elaboración del PEI. Grupo de WhatsApp Grupos de Interés.</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>El HPHM es monitoreado de manera constante por la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental, sobre el manejo de las informaciones de transparencia que debe presentar el centro, donde la institución posee un 100% de cumplimiento a las directrices establecidas en el Subportal de Transparencia Institucional. En este portal y pagina web del centro, se colocan datos sobre la producción estadística del centro, ejecuciones presupuestarias, ejecuciones de</p>	

	<p>compras y resultados importante para la gestión y los ciudadanos.</p> <p>Evidencia: Publicaciones de resultados de auditoria realizadas por la DIGEI, Sección de transparencia en portal web actualizado con ejecuciones presupuestarias, nomina, compras y contrataciones...</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>Actualización o Renovación de la carta compromiso</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>Importante para el logro de los objetivos la disponibilidad de recursos financieros. Para esto se realiza un presupuesto con cuentas y recursos financieros para cada una de las actividades que se deben desarrollar para el logro de los objetivos. Uno de los ejes estratégicos definidos por el HPHM es la Gestión de recursos para sostenibilidad financiera y administrativa donde se medirán todos los procesos que darán respuesta a este eje, cada uno con sus indicadores. El hospital es un centro del modelo de autogestión el cual debe gestionar de manera propia sus recursos, por lo que es vital que sus procesos estén alineados en ese sentido y dirección.</p> <p>Evidencia: Plan Estratégico Institucional 2020-2024</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>De manera trimestral se realizan todos estos análisis desde la gestión financiera a través de los distintos departamentos como auditoría médica, facturación almacén, y se realizan planes de trabajo luego de la socialización con la alta dirección.</p> <p>Evidencia: Inventarios aleatorios, Reporte y actualización del inventario Portal de transparencia. Análisis comportamiento facturación, análisis balance general, análisis ejecución presupuestaria.</p>	
<p>3. Garantiza el análisis de riesgo de las decisiones financieras y un presupuesto equilibrado, integrando objetivos financieros y no financieros.</p>	<p>El proceso financiero cuenta con una matriz de riesgos y oportunidades donde se evalúa y se tiene acciones a desarrollar para reducir los riesgos y su impacto en caso de que suceda. Cada decisión financiera a tomar dentro de la organización se hace en conjunto con el comité ejecutivo presidido por la directora general, donde se evalúan los riesgos y oportunidades de cada decisión a tomar que implique participación de este proceso.</p> <p>Evidencia: Listado de asistencia. Matriz de riesgos y oportunidades</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>De manera mensual la gestión financiera envía reportes de la ejecución presupuestaria, a la oficina de acceso a la información la cual publica en el portal de transaccional esta ejecución y también las ejecuciones de compras, que dan respuesta a la gestión financiera. El HPHM cuenta con un cumplimiento del 100% de los datos suministrados en el portal de transparencia. En adición a esto se publica el monto facturado por el centro, así como el monto objetado por las ARS.</p>	



	Evidencia: Portal transaccional, Pagina Web HPHM/transparencia/finanzas	
5. Reporta consistentemente la producción hospitalaria, en base a indicadores estandarizados e informaciones confiables.	<p>De manera mensual la gestión financiera envía reportes de la ejecución presupuestaria, a la oficina de acceso a la información la cual publica en el portal de transaccional esta ejecución y también las ejecuciones de compras, que dan respuesta a la gestión financiera. El HPHM cuenta con un cumplimiento del 100% de los datos suministrados en el portal de transparencia. En adición a esto se publica el monto facturado por el centro, así como el monto objetado por las ARS.</p> <p>Evidencia: Portal transaccional, Pagina Web HPHM/transparencia/finanzas</p> <p>De manera mensual y trimestral, se analiza y se realiza un informe sobre la ejecución presupuestaria del centro. Dentro de este informe se detallan en que fue ejecutado el presupuesto, la tendencia y comportamiento de este a través del tiempo y el impacto final que ha generado este durante el tiempo de evaluación. Estas informaciones son de suma importancia para la gestión del HPHM el cual toma decisiones en base a estos.</p> <p>Evidencia: Informes ejecuciones presupuestarias. Actividades POA. Balance score card.</p>	

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

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

<p>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.</p>	<p>El hospital cuenta con sistemas informáticos para almacenar y controlar todas las informaciones del HPHM. Estas carpetas están aseguradas en servidores y backups de esto en caso de que se llegaran a perder. Todas las estadísticas, informes, planes de mejoras, documentación dentro de estas carpetas son compartidas con control de acceso a los colaboradores claves que darán un uso adecuado y productivo. También existe el INTRANET, donde se cargan informaciones pertinentes para la gestión del centro, y donde los colaboradores pueden acceder para aprender acciones de mejoras aplicadas y experiencias compartida por otros. Estas informaciones generadas, dan paso al análisis de cada una de estas que dan respuesta a los indicadores de gestión establecidos en el Balance Score Card y que por ende están alineadas a los objetivos y estrategias de la institución, como parte de la satisfacción de los usuarios externos.</p> <p>Evidencia: Carpetas Compartidas, INTRANET, Balance score card</p>	
<p>2. Garantiza que la información disponible externamente sea recogida, procesada y usada eficazmente y almacenada.</p>	<p>Existen herramientas diversas basadas para dar respuestas a las necesidades de información de diferentes áreas, dentro de las que se destacan el área de imágenes, la cual se auxilia en la actualidad del sistema PACS (Picture Archiving and Communication System), este es un sistema computarizado para el archivo digital de imágenes médicas, lo que ha representado un ahorro significativo. También se encuentra el MAYAM el cual es un sistema que almacenas los estudios de imágenes y pueden ser visualizadas por los colaboradores en cada área del centro que se encuentre instalado este sistema. (Un avance significativo que representa una mejora para el área</p>	

	<p>de imágenes es la implementación del sistema RIS (en inglés de Radiología Información System) es el sistema que controla todo el departamento de diagnóstico por imágenes. Asimismo, se destacan herramientas para el manejo de turnos, stock de insumos, facturación del servicio, creación y almacenamiento de reportes e informes de diagnóstico, estadísticas. El RIS está conectado al HIS y al Picture Archiving and Communication System (PACS), dicha conexión se realiza mediante el estándar de comunicación HL7. Por otro lado, se encuentra el LabPlus, el cual es un sistema donde se registra y valida las pruebas medicas realizadas a cada uno de los pacientes dentro del centro y los servicios ambulatorios.</p> <p>Evidencia: MAYAM, Sistema PACS, RIS, LAB PLUS</p>	
<p>3. Aprovecha las oportunidades de la transformación digital para aumentar el conocimiento de la organización y potenciar las habilidades digitales.</p>	<p>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza en el marco del proceso de mejora continua de la calidad, diseña estrategias y herramientas a favor de la gestión eficiente de la información y el conocimiento. El hospital cuenta con una aplicación actualizada en intranet de gestión del conocimiento disponible para almacenar las políticas, procesos y manuales institucionales, esto con la finalidad de mejorar el acceso de los colaboradores a la información.</p> <p>Evidencia: Intranet, Carpetas Compartidas</p>	
<p>4. Establece redes de aprendizaje y colaboración para adquirir información externa relevante y también para obtener aportes creativos.</p>	<p>Todas las informaciones generadas dentro del HPHM están disponible y accesible para todos los colaboradores que la requieran, a través de los diferentes medios de comunicación. Desde la sub dirección de planificación se redactan las políticas, procedimientos, procesos y manuales de todas las</p>	

	<p>áreas del centro. De igual forma existe el aula virtual y el proceso de inducción para aquellos colaboradores de nuevo ingreso, que, al momento de ser contratado por el hospital, se inicia ese proceso, se le entrega el perfil de puestos y las políticas y procedimientos a ejecutar en el área.</p> <p>Evidencia: Procesos documentados, aula virtual, carpeta compartidas con los procesos documentados.</p>	
<p>5. Monitorea la información y el conocimiento de la organización, asegurando su relevancia, corrección, confiabilidad y seguridad.</p>	<p>El hospital cuenta con sistemas informáticos para almacenar y controlar todas las informaciones del HPHM. Estas carpetas están aseguradas en servidores y backups de esto en caso de que se llegaran a perder. Todas las estadísticas, informes, planes de mejoras, documentación dentro de estas carpetas son compartidas con control de acceso a los colaboradores claves que darán un uso adecuado y productivo. También existe el INTRANET, donde se cargan informaciones pertinentes para la gestión del centro, y donde los colaboradores pueden acceder para aprender acciones de mejoras aplicadas y experiencias compartida por otros. Estas informaciones generadas, dan paso al análisis de cada una de estas que dan respuesta a los indicadores de gestión establecidos en el Balance Score Card y que por ende están alineadas a los objetivos y estrategias de la institución, como parte de la satisfacción de los usuarios externos.</p> <p>Evidencia: Carpetas Compartidas, INTRANET, Balance score card</p>	
<p>6. Desarrolla canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.</p>	<p>El hospital se asegura de que a todos los colaboradores le lleguen las informaciones pertinentes al logro de los objetivo y estrategias, a través de la creación de correos electrónicos</p>	

	<p>institucionales, donde se envían las informaciones a cada uno de los colaboradores multiplicadores de estas, a todos los demás de más bajo nivel. De igual forma estas son colocadas en los diferentes murales dentro de la institución y también dentro de las reuniones de equipos de trabajo y también a través por los distintos grupos de WhatsApp con los líderes y dueños de procesos.</p> <p>Evidencia: Intranet, Grupos de WhatsApp, Correo Institucional, Murales.</p>	
<p>7. Promueve la transferencia de conocimiento entre las personas en la organización.</p>	<p>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza en el marco del proceso de mejora continua de la calidad, diseña estrategias y herramientas a favor de la gestión eficiente de la información y el conocimiento. El hospital cuenta con una aplicación actualizada en intranet de gestión del conocimiento disponible para almacenar las políticas, procesos y manuales institucionales, esto con la finalidad de mejorar el acceso de los colaboradores a la información.</p> <p>Evidencia: Intranet, Carpetas Compartidas.</p>	
<p>8. Asegura el acceso y el intercambio de información relevante y datos abiertos con todas las partes interesadas externas de manera fácil de usar, teniendo en cuenta las necesidades específicas.</p>	<p>A través del portal web del HPHM en la sección de transparencia, se publican todas las informaciones relevantes del centro, para uso de toda la sociedad y ciudadanos(as) que requieran estas. De igual forma se encuentra la carta compromiso al ciudadano, la cual explica de manera explícita todos los procesos, servicios, formas de acceder a la institución de todos, incluyendo a discapacitados; medidas de subsanación ante cualquier queja.</p> <p>Evidencia: Portal web / transparencia. Carta Compromiso al Ciudadano</p>	

<p>9. Asegura que el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.</p>	<p>Todas las informaciones, conocimientos generados dentro de la institución son documentadas y almacenadas dentro de las carpetas compartidas, intranet para las buenas prácticas y casos complejos presentados en cada área. A partir de estas se realizan procedimientos, políticas, descripciones de puesto, manuales, instructivos y documentos esenciales para el manejo y funcionamiento del área, de forma estandarizada y accesible en dado caso de que haya una rotación de personal.</p> <p>Evidencia: Procedimientos, política, manual, instructivos. Etc.</p>	

**SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. Diseña la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.</p>	<p>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza cuenta con políticas actualizadas de gestión de tecnología orientadas al uso eficiente y la preservación de los recursos automatizados, manteniendo la innovación y seguridad dentro de las instalaciones. Como parte de esta política, nuestro centro ha diseñado un sistema de gestión de documentos del POA, donde se le da seguimiento al cumplimiento de los objetivos trazados para cada gerencia. Sistemas como el SGA y el Intranet, son algunos de los softwares de mayor importancia para la gestión efectiva del centro de acuerdo a las estrategias, que dan respuesta a los objetivos e indicadores plasmados en el Balance.</p> <p>Evidencia. SGA, Intranet, Hospital, Labplus, MAYAM. Asteric. SIGHOST, Etc.</p>	

<p>2. Monitorea y evalúa sistemáticamente la rentabilidad (costo-efectividad) de las tecnologías usadas y su impacto.</p>	<p>El hospital cuenta con informes actualizados sobre costo-efectividad del uso de las tecnologías, podemos citar por ejemplo el funcionamiento del área de Imagenología por medio del sistema PACS y RIS; la utilización de este sistema permite un ahorro de impresión de películas radiológicas y una mayor rapidez al momento de visualizar el estudio de un paciente. En la actualidad tenemos análisis de costo-efectividad sobre proyectos inversión de la institución, alineados a los objetivos descritos en el Plan Estratégico, mediante un estudio sobre estimación de punto de equilibrio.</p> <p>Evidencia: Análisis costo-efectividad, PEI.</p>	<p>Tener sistemas de información confiable y con trazabilidad con el fin de poder realizar análisis de costo efectividad de los distintos servicios y sistemas del Hospital.</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>De forma semestral y periódica, se revisa las políticas de tecnología para la mejora de los servicios a través de las Tics. De igual forma se revisan las innovaciones dentro del marco de las normas del uso de la Tics, A2, A3, A4, A5, E1, las cuales conlleva a la actualización y adecuaciones de los cambios producidos dentro de estas.</p> <p>Evidencia: Normas A2, A3, A4, A5, E1, Política documentada de tecnología de la información</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>Desde la unidad de tecnología de la información se han desarrollado aplicaciones y herramientas que permiten la colaboración y participación de todos los colaboradores y ciudadanos. Se desarrollo una plataforma en la nube llamada Hugo Drive la cual permite a los colaboradores almacenar informaciones importantes para compartir y de uso institucional en la nube. De igual forma, se desarrollo la aplicación Hugo Mendoza APP donde los ciudadanos pueden realizar citas para las consultas de sus especialistas. Como parte de los trabajos de innovación y propuestas de los colaboradores se</p>	

	<p>pudo desarrollar el software Hugo Cola el cual es un sistema de turnos para los ciudadanos van a facturar los distintos servicios en el primer nivel del centro. Esto ha permitido organizar el flujo de los pacientes en diferentes formas de facturación y servicios.</p> <p>Evidencia: Hugo Drive, Carpetas compartidas, App Hugo Mendoza, Hugo Cola, Sistema de Gestión Administrativa.</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>El hospital ha logrado obtener 5 certificaciones de la OPTIC para el uso de los tics, teniendo así un manejo y uso eficaz de la tecnología, aplicando cada una de las normas y políticas que cada una exige. Para asegurar el uso de la tecnología, se capacitan a los colaboradores mediante coaching por parte del personal de tecnología y a través del aula virtual, sin importar el tiempo de duración de estos, con tal de que al momento que vayan a utilizar los diferentes softwares estén totalmente aptos para manejarlos de manera correcta.</p> <p>Evidencia: Aula virtual, capacitaciones, normas de los tics. A2, A3, A4, A5, E1</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>El HPHM contiene firewall, procedimientos y herramientas que permiten intervenir cualquier tipo de intento de vulneración a los sistemas de información. De igual forma se tiene redundancia lo cual permite desviar a distintos puntos del mundo la señal de los IP con el fin de confundir y evitar las vulneraciones.</p> <p>Evidencia: Procedimiento de backup, Procedimiento de Seguridad Cibernética, Normas NORTICS</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>El HPHM mantiene documentada las medidas informáticas tomadas para el ahorro de papel mediante el sistema de facturación SIGHOST, optimizado para generar informes más resumidos e imprimir por medio de las impresoras punto de venta, las cuales generan un ahorro bastante significativo en tinta y papel en comparación con una impresora láser de papel 8 1/2 x 11. De igual forma existe un manejo con los tóneres de las impresoras HP, estos se están reutilizando y rellenando para disminuir costos operacionales y reducir el impacto medioambiental. En el proceso de facturación se realizó la mejora de imprimir las citas médicas a los usuarios debido a que es un paso innecesario dentro del proceso, disminuyendo así la cantidad de papel utilizado para esta operación. Se ha implementado la descripción de la historia clínica de los pacientes dentro del SGA para utilizar y reducir la compra de talonarios médicos dentro del centro.</p> <p>Evidencia: Mejora de proceso de facturación impresión de citas, informes documentados sobre el impacto socio económico del uso de los tonners</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>Desde la unidad de compras y contrataciones y farmacia se gestiona de manera eficiente la aplicación del SUGEMI para el manejo y adquisición de los insumos de farmacia: Medicamentos, material gastable, entre otros. El HPHM se apega de manera fiel al cumplimiento de los procedimientos establecidos para el uso de la aplicación del SUGEMI</p> <p>Evidencia: Aplicación del SUGEMI, Reportes del SUGEMI, Acciones de Mejoras y recomendaciones, Guia farmaterapeutica</p>	

**SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
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>De forma anual la gerencia de mantenimiento realiza el plan de mantenimiento preventivo del centro, con el fin de mantener el buen funcionamiento de los equipos y operaciones del centro, así como la higiene y ornato de la infraestructura del hospital. De igual forma se llevan a cabo los mantenimientos correctivos acorde a las eventualidades presentadas, realizando informes del cumplimiento de los trabajos realizados y de la planificación.</p> <p>Evidencia: Plan de mantenimiento preventivo y correctivo, Bitácoras de mantenimientos realizados, Informe de mantenimiento diarios, Programación de actividades diarias reportadas.</p>	
2.Proporciona condiciones de trabajo e instalaciones seguras y efectivas, incluido el acceso sin barreras para satisfacer las necesidades de los ciudadanos/clientes.	Respecto a la accesibilidad física, el hospital cuenta con cinco puertas de acceso en base a las necesidades de los usuarios internos. También se cuenta con una correcta accesibilidad de las personas con alguna discapacidad, es decir sin barreras arquitectónicas, y contamos con baños habilitados para personas con alguna dificultad motora. El centro cuenta con parqueos para los ciudadanos como parte de la infraestructura de la ciudad sanitaria, parqueos para discapacitados y	

	<p>parqueos también para los colaboradores del centro. El centro puso a disposición un transporte público exclusivo para los colaboradores, con el fin de que estos tengan fácil acceso al centro. Se diseñó la ruta de evacuación, actualmente se han adquirido e implementado las señaléticas que conforman la ruta y la colocación de los planos con las rutas integradas, al igual que la ruta de desechos, ambos por niveles.</p> <p>Evidencia. Ruta de evacuación, Ruta sanitaria, Parqueos señalizados, acuerdo para transporte público privado. Ruta de acceso para discapacitados</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>Dentro de las actividades de sostenibilidad se ha elaborado un programa de hospital verde describiendo el enfoque hacia la disposición de desechos hospitalarios, desechos para reciclaje, alianzas institucionales, eco-entornos, planos de distribución de zafacones etc. De igual forma el centro cuenta con un plan de mantenimiento donde se realizan actividades diarias y periódicas en las áreas críticas y demás dentro del Hospital. Se formalizó un acuerdo con AIDSA para el despacho de los distintos desechos de forma diaria con el fin de que esta haga la disposición final de estos.</p> <p>Evidencia: Zafacones, Plan de Mantenimiento, bitácoras de mantenimientos realizados. Zafacones para uso de reciclajes. Contrato AIDSA</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>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza es un hospital del modelo de autogestión de tercer nivel de especialización ubicados en Santo Domingo Norte, para brindar servicios de salud a los niños, niñas y adolescentes de esta comunidad y sus alrededores. El centro ha puesto a disposición las instalaciones a la comunidad, dando servicios a todos, indistintos de raza, color, nivel social, reflejándose así, los montos de exoneraciones pagos</p>	

	<p>a pacientes que han visitado el centro. No tan solo eso, el HPHM realiza jornadas médicas, donde los servicios se trasladan a los sectores de esta comunidad para brindarles estos de forma gratuita.</p> <p>Evidencia: Jornadas médicas, Horarios laborales.</p>	
<p>5. Garantiza el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p>	<p>Para afianzar el compromiso del hospital como una entidad verde y saludable se había realizado un proceso integral para formar parte de la Red Global de Hospitales verdes y saludables. Esto arrojó como resultado que el HPHM se convirtiera en el primer Hospital de República Dominicana en pertenecer a dicha red. La Red Global se sustenta en el compromiso de los miembros de poner en práctica la Agenda Global para Hospitales Verdes y Saludables, tiene como objeto unir los esfuerzos de todo el mundo para promover una mayor salud ambiental. Los miembros de la Red Global registran su progreso por medio de resultados observables, al tiempo que comparten sus mejores prácticas y buscan soluciones a los desafíos que tienen en común. Para garantizar el uso eficaz y sostenible de los medios de transporte se cuenta con una gerencia de transportación que gestiona el mantenimiento y distribución de los choferes de la ambulancia con que cuenta el hospital, aspecto sistematizado a través de bitácoras. También se cuenta con una propuesta de resguardo de los tanques de combustible y controles eléctricos.</p> <p>Evidencia: Certificado Red Hospitales Verde, Ambulancia, asignación de combustibles, plantas eléctricas.</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>Respecto a la accesibilidad física, el hospital cuenta con cinco puertas de acceso en base a las necesidades de los usuarios internos. También se cuenta con una correcta accesibilidad de las personas con alguna discapacidad, es decir sin barreras arquitectónicas, y contamos con baños habilitados para personas con alguna dificultad motora. El centro cuenta con parqueos para los ciudadanos como parte de la infraestructura de la ciudad sanitaria, parqueos para discapacitados y parqueos también para los colaboradores del centro. El centro puso a disposición un transporte público exclusivo para los colaboradores, con el fin de que estos tengan fácil acceso al centro. Se diseñó la ruta de evacuación, actualmente se han adquirido e implementado las señaléticas que conforman la ruta y la colocación de los planos con las rutas integradas, al igual que la ruta de desechos, ambos por niveles.</p> <p>Evidencia. Ruta de evacuación, Ruta sanitaria, Parqueos señalizados, acuerdo para transporte público privado. Ruta de acceso para discapacitados</p>	
<p>7. Tiene un Comité definido y un Plan para la Gestión de Riesgos y/o de Desastres.</p>	<p>El HPHM ha conformado y actualiza acorde a la necesidad el comité de emergencias y desastres el cual se encarga de mantener las operaciones del centro ante cualquier imprevisto que ocurra que puedan interrumpir con la funcionalidad habitual. En adición a esto se tiene un plan de contingencia para emergencia y desastres el cual contiene las directrices a realizar ante la consecución de un desastre o eventualidad. Para esto se han identificado personas claves dentro de la institución los cuales se han dotados de instrumentos y responsabilidades ante cualquier emergencia para evacuar de manera segura a los ciudadanos que se encuentren dentro del hospital, así como capacitaciones contra conato de incendio. De manera anual se realizan simulacros</p>	

	<p>para mantener en practica y verificar el funcionamiento de todo el sistema del centro ante una emergencia.</p> <p>Evidencia: Plan de emergencias y desastre, comité de emergencia y desastre, Equipo de brigadistas.</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>De forma anual la gerencia de mantenimiento realiza el plan de mantenimiento preventivo del centro, con el fin de mantener el buen funcionamiento de los equipos y operaciones del centro, así como la higiene y ornato de la infraestructura del hospital. De igual forma se llevan a cabo los mantenimientos correctivos acorde a las eventualidades presentadas, realizando informes del cumplimiento de los trabajos realizados y de la planificación.</p> <p>Evidencia: Plan de mantenimiento preventivo y correctivo organizacional y áreas críticas.</p>	
<p>9. Cuenta con un Programa de administración de Bienes de la Red SNS (Inventarios y descargo chatarra).</p>	<p>El hospital cuenta con un inventario de activos fijos, para reforzar este inventario se creó la Política de Activos Fijos de la institución y una identificación de mobiliarios codificados como proceso de gestión de los activos fijos. Se formalizó un acuerdo con AIDSA para el despacho de los distintos desechos de forma diaria con el fin de que esta haga la disposición final de estos.</p> <p>Evidencia: Política de activo fijo, contrato AIDSA.</p>	
<p>10. Implementa un Programa de Saneamiento, gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios.</p>	<p>El centro cuenta con un manual/procedimiento de manejo de desechos hospitalarios donde se tiene establecido la ruta de desechos, tipos de desechos, como manejar los desechos, entre otros. También</p>	

	<p>cuenta con deposito refrigerado para los desechos finales para la recogida de AIDSA.</p> <p>Evidencia: Manual manejo de desechos, Contrato AIDSA</p>	
--	---	--

## CRITERIO 5: PROCESOS.

**Considere lo que la organización hace para lograr lo siguiente:**

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
<p><b>La organización:</b></p> <p>1. Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.</p>	<p>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza ha identificado todos sus procesos, y lo ha definido como: procesos claves o medulares, procesos estratégicos y procesos de apoyo. Todos estos están establecidos en el mapa de procesos institucional, donde se describen los elementos de entradas, de salida y el retorno de estos elementos. Estos también han sido descritos, cada uno, en un formato de fichas de procesos, lo cuales detallan la forma funcional, su objetivo, el alcance, responsables, elementos de entrada y de salida.</p> <p>Evidencia: Mapa de procesos, Ficha de procesos, Procedimientos y manuales</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>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza ha identificado todos sus procesos, y lo ha definido como: procesos claves o medulares, procesos estratégicos y procesos de apoyo. Todos estos están establecidos en el mapa de procesos institucional, donde se describen los elementos de entradas, de salida y el retorno de estos elementos. Estos también han sido descritos, cada uno, en un formato</p>	

	<p>de fichas de procesos, lo cuales detallan la forma funcional, su objetivo, el alcance, responsables, elementos de entrada y de salida.</p> <p>Evidencia: Mapa de procesos, Ficha de procesos, Procedimientos y manuales</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>A través de la realización de benchlearning el HPHM ha innovado en sus procesos, como por ejemplo la creación del Call Center, la cual fue producto de la visita plaza de la salud, donde a pesar de no tener espacio físico ni recursos para su instalación, se adecuo un área para llevar a cabo esta mejora. Esto ha facilitado la forma de acceder a la fijación de citas medicas de las consultas externas. A través de la visita del Instituto Dominicano de Aviación Civil, el hospital aplico mejoras continuas en pro de postulación al premio Iberoamericano a la Calidad en 2019, en la cual se obtuvo medalla de Oro, siendo la primera institución del estado en República Dominicana en lograr esta distinción. Luego de la visita a hospital de san juan de Dios en España, se modificó y mejoro el proceso de triaje en la emergencia, a través del uso del SGA, donde se utilizó la metodología de Manchester, el cual clasifica y prioriza las atenciones de acuerdo a la condición de salud. Se visitó al Hospital Materno Infantil Dr. Reynaldo Almánzar, el cual posee un sistema de turnos para las facturaciones ambulatorias. A partir de esta buena practica el hospital procedió a crear un sistema interno Hugo Cola, para controlar el manejo de turnos en facturación. Esto ha provocado la reducción de las filas gracias a su organización y agilización del tiempo de espera.</p>	



	Evidencia: Creación del Call Center, Premio Iberoamericano, Sistema de Triage SGA. Sistema de turnos Hugo Cola	
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>En el hospital se analizan y evalúan los procesos, se implementaron análisis de riesgos donde se derivan las matrices de riesgos anticorrupción, riesgos en los procesos documentados dentro del mapa de procesos. Constantemente se realizan capacitaciones de retroalimentación en riesgos de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud dando seguimiento a través del comité de IAAS y el comité de calidad a los indicadores establecidos por el viceministerio de garantía a la calidad. Los procesos son auditados desde la gerencia de calidad y sus resultados dan respuestas a los indicadores establecidos en el balance score card.</p> <p>Evidencia: Fichas de procesos, Auditorias, Matrices de riesgos y oportunidades, Indicadores Balance Score Card.</p>	
5. Establece indicadores de resultados para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo: carta de servicios, compromisos de desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).	<p>El HPHM cuenta con fichas de procesos el cual cada proceso contiene indicadores de gestión y desempeño de los mismos. De manera constante la gerencia de calidad supervisa y da seguimiento al cumplimiento de los estándares establecidos. De igual forma, el HPHM ha contado con 2 versiones de carta compromiso y la extensión de la misma, lo cual permite monitorear el cumplimiento de los servicios y procesos misionales de cara al ciudadano</p> <p>Evidencia: Carta compromiso, Matriz de indicadores, Balance Score Card.</p>	Realizar una nueva versión de la carta compromiso al ciudadano.

<p>6. Implementa un sistema de información en la provisión de servicios y el control epidemiológico eficaz, mediante la socialización y control de los Protocolos y Normas, las Medidas Sanitarias, la Articulación de la Red (Sistema de referencia y contrareferencia), el expediente clínico integral. (Expediente único) entre otros.</p>	<p>El HPHM a través del SGA transmite de manera constante información pertinente al sistema de expediente integral Único establecido de la red nacional, cumpliendo con los lineamientos establecidos con la data suficiente</p> <p>Evidencia: SGA transmisión a EIS, Auditoria de expedientes clínicos.</p>	
<p>7. Gestiona la habilitación en los establecimientos de salud de la Red.</p>	<p>El HPHM se encuentra habilitado hasta el año 2024 cumpliendo con todos los requerimientos establecidos por la DHA.</p> <p>Evidencia: Certificado de Habilidad Ministerio de Salud Pública</p>	<p>Renovar la Habilidad del centro por parte del MSP</p>

**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>I. 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>La cartera de servicios ha sido socializada con los grupos de interés donde se les ha explicado la forma de acceder y los compromisos asumidos por el hospital con la calidad y calidez en la atención. Con el interés de comprobar el grado de satisfacción de los usuarios internos y externos de la institución así como el de los grupos de interés y líderes comunitarios se efectúan encuestas dentro de la institución y en zonas aledañas a esta, en la que se realizan preguntas alusivas a la atención recibida en el hospital y la calidad de los servicios ofertados, con esto se pretende identificar posibles mejora de estos y el diseño de nuevos servicios, así como el desarrollo de estándares de calidad de dichos servicios, en función de las necesidades de los ciudadanos/clientes.</p>	

	Evidencia: Reuniones y socialización. Encuestas de Satisfacción, Buzones de quejas y sugerencias.	
2. Gestiona activamente el ciclo de vida completo de los servicios y productos, incluido el reciclaje y la reutilización.	<p>Las políticas de gestión de compra se determina el ciclo de vida de los productos y se determina su disposición final luego de ser utilizado. En un futuro se implementará un sistema de gestión medioambiental con el fin de elaborar fichas medioambientales.</p> <p>Evidencia: Coway, AIDSA, Políticas de compras</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>El hospital cuenta con un horario de trabajo flexible que se encuentra en las redes sociales, se tienen las informaciones traducidas a tres idiomas (inglés, francés y español). Se tiene videos informativos, la página web tiene formato que puede ser traducido de forma automática. A través de este portal web se pueden visualizar las informaciones actualizadas sobre los servicios, la forma de cómo acceder a ellos, los nuevos servicios, logros del centro y los horarios de este. Dentro de la organización se colocan letreros y bajantes con informaciones pertinentes del centro, nuevos servicios, entre otras informaciones. También se colocan videos en algunos de las pantallas dentro del centro con la cartera de servicios e informaciones de interés para los ciudadanos. De igual forma se hacen publicaciones sobre los servicios del centro y sus logros, a través de publicaciones de periódicos y notas de prensa en los diferentes medios de comunicación existentes.</p>	

	Evidencia: Evidencia: Portal Web, Redes sociales Publicaciones en periódicos y revistas. Bajantes y videos en pantallas.	
--	---	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Coordina los procesos dentro de la organización y con los procesos de otras organizaciones que funcionan en la misma cadena de servicio.	El HPHM ha unido procesos con diferentes socios claves como, por ejemplo: Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS), SIMUDIS, Consejo Nacional de la Niñez (CONANI), CRUZ ROJA, Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), OPERACION SONRISA, Fundación Cruz Jiminian, Fundación Óptica Oviedo, Ministerio Publico, Universidad Autónoma Santo Domingo (UASD), Laboratorio de Referencia. Participan en actividades con las ARSs, Ministerio de Medio Ambiente, FUNGLODE, Banreservas, entre otras. El centro tiene acuerdo con 19 ARS, convenio con PROMESECAL el cual envía medicamentos, centro en especial para aquellos pacientes con diabetes. Convenio con el patronato de ciegos, fundación de hipertensión pulmonar, Universidades como son O&MED, INTEC, UASD, UNICARIBE UNIREMHOS, en el cual rotan los estudiantes de medicina por la institución y también el programa de pasantías. La fundación ST Jude el cual cubren los gastos en medicina de los pacientes con cáncer y leucemias, acuerdo con la Oficina Nacional de Estadísticas, entre otras instituciones. También se coordinan procesos con socios, como son, Seguro Nacional de Salud (SENASA), ADSN, para la recogida de basura, con la fundación Dr. Yaso, con la fundación sonrisa. Con centros educativos el	

	<p>programa de verano, operativos médicos con la participación de la comunidad.</p> <p>Evidencia: Contratos ARS, Acuerdos y convenios con Instituciones Privada y Publicas. Programas de verano, rotación de estudiantes de medicina de las universidades, Jornadas de cirugías.</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>El HPHM transmite datos generados desde el centro a la plataforma EIS, el cual comparte datos de historias clínicas de los pacientes a todos los centros hospitalarios que tengan esta plataforma. También a través de la plataforma SNS se carga los datos del 67ª con el fin de compartir datos estadísticos de producción de servicios.</p> <p>Evidencia: Datos EIS, Datos EPI Ministerio de Salud Pública, SENASA, Dirección de Área II y área III, SIGEF, Compras y contrataciones</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>La Dirección General de la Institución, siguiendo los lineamientos de mejora continua, continúa desarrollando reuniones para llegar acuerdos en los que se pretende seguir mejorando los procesos de la Institución. Se hace constar la realización de reuniones para formalizar acuerdo con instituciones académicas como UASD, INTEC, O&amp;Med; así mismo instituciones como USAID en el proyecto Asiste Zika. Gracias al acuerdo de colaboración con ADOSID, se apertura la primera clínica genética de síndrome de Down en el Republica Dominicana, con el fin de brindar servicios de manera integral a estos pacientes. Esta consulta también fue agregada al programa de consultas de adolescente teniendo así mayor alcance en este servicio.</p>	

	Evidencia: Reconocimiento USAID por el proyecto Zika, Consultas de Síndrome de Down.	
<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>La Dirección General de la Institución, siguiendo los lineamientos de mejora continua, continúa desarrollando reuniones para llegar acuerdos en los que se pretende seguir mejorando los procesos de la Institución. Se hace constar la realización de reuniones para formalizar acuerdo con instituciones académicas como UASD, INTEC, O&amp;Med; así mismo instituciones como USAID en el proyecto Asiste Zika. Gracias al acuerdo de colaboración con ADOSID, se apertura la primera clínica genética de síndrome de Down en el Republica Dominicana, con el fin de brindar servicios de manera integral a estos pacientes. Esta consulta también fue agregada al programa de consultas de adolescente teniendo así mayor alcance en este servicio.</p> <p>Evidencia: Reconocimiento USAID por el proyecto Zika, Consultas de Síndrome de Down.</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.)	<p>El Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza desde sus inicios se ha preocupado en ganarse la confianza de la comunidad mediante la oferta de servicios de calidad y calidez. Para ello establece metas institucionales que respondan a los niveles de satisfacción de la población respecto a la atención que reciben en el centro. A través de la carta compromiso al ciudadano el centro se ha comprometido a un cumplimiento del más del 90% en trato humanizado en los distintos servicios y entregados los resultados en menos de 72 horas en pacientes ambulatorios en el laboratorio. Estos resultados son evaluados a través de auditorías del cumplimiento de estos compromisos realizadas por el MAP la cual tuvo una última evaluación de un 96%. También estos datos son reportados en transparencia del portal web del centro.</p> <p>Evidencia: Resultados de encuestas de satisfacción por mes, Resultados de pruebas de laboratorio entregados en menos de 72 horas. Evaluación Carta Compromiso.</p>	

**Informe de evaluación de Anual  
Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza  
Periodo a evaluar: junio 2023 - mayo 2024**

**I. INTRODUCCION**

El Programa Carta Compromiso al Ciudadano establece que tanto la institución que ha publicado la Carta como el Ministerio de Administración Pública deben llevar a cabo evaluaciones periódicas que garanticen el cumplimiento de los compromisos asumidos, así como la veracidad de las informaciones publicadas en la misma.

En ese mismo orden, el Artículo 13 del Decreto 211-10, establece que el Ministerio de Administración Pública evaluará anualmente las Cartas Compromiso que hayan sido aprobadas y podrá retirar del Programa cualquier Carta Compromiso que incumpla los requisitos establecidos.

Con el objetivo de dar seguimiento a la Carta Compromiso al Ciudadano del **Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza**, el Departamento de Análisis Regulatorio y Compromisos de Servicios coordinó la evaluación anual, con el fin de dar seguimiento a los resultados obtenidos en el periodo junio 2023 – mayo 2024.




**II. DOCUMENTACIÓN REVISADA POR EL DEPARTAMENTO DE ANALISIS  
REGULATORIO Y COMPROMISOS DE SERVICIOS**

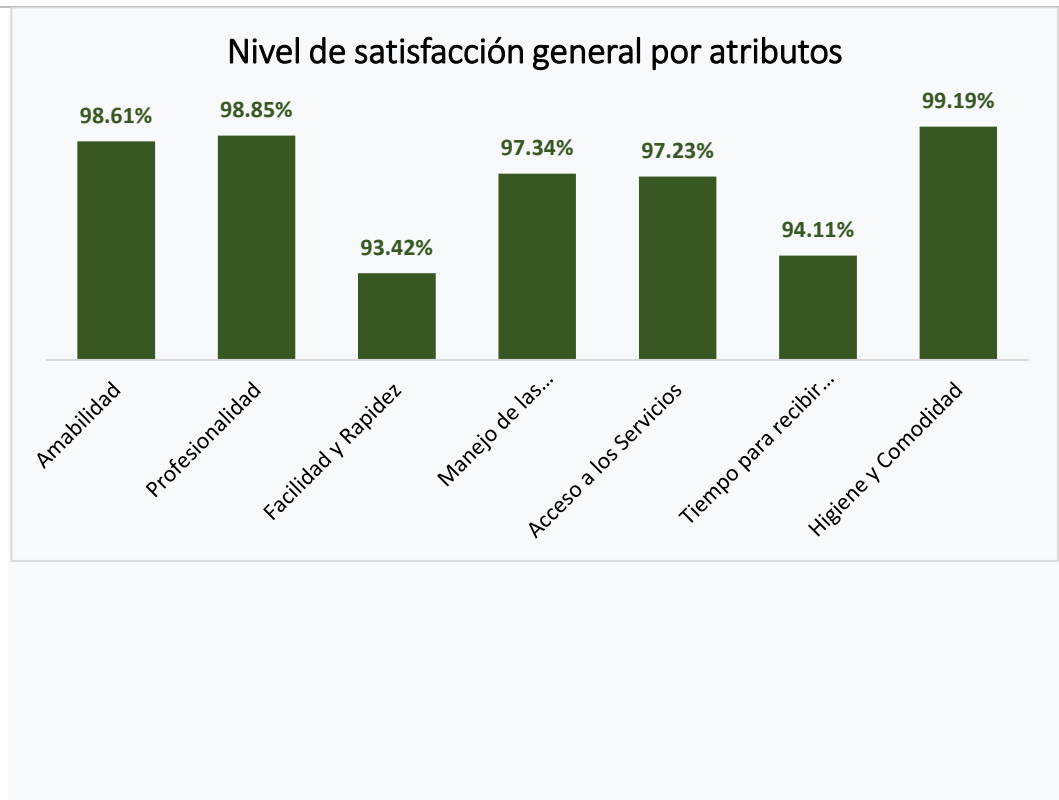
- Portal Web.
- Certificación Habilitación de los servicios
- Sistema Isabel
- Correo
- Redes sociales
- Data encuesta
- Matriz quejas y sugerencias
- Formularios para colocar las quejas y sugerencias
- Plataforma 311

**III. PUNTOS FUERTES**

- Se evidencia la Carta Compromiso al Ciudadano en la página web de la institución.
- Se verifica la publicación de los resultados de las mediciones de los compromisos asumidos en el portal web de la institución.
- Debido seguimiento a las vías de Comunicación y Participación Ciudadana indicadas en su Carta Compromiso.
- Cumplimiento en el atributo Trato Humanitario con un estándar de 95%, en el servicio de Consultas Externas en el periodo evaluado.



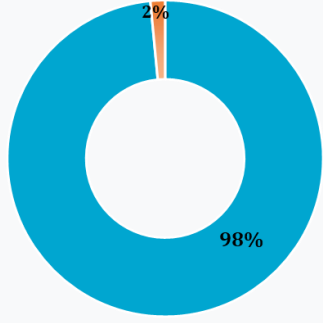
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">   <small>REPUBLICA DOMINICANA ADMINISTRACION PUBLICA</small> </td> <td style="text-align: center;"> <b>INFORME EVALUACIÓN CARTA COMPROMISO</b>            Fecha de emisión: 09 de noviembre 2023         </td> <td style="width: 40%; text-align: right;"> <b>PR-GDP-006-01</b>            Versión: 04            Página 2 de 2         </td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se evidencia el cumplimiento en el atributo Trato Humanitario con un estándar de 90%, en el servicio de Procedimientos quirúrgicos en el periodo evaluado.</li> <li>Se evidencia el cumplimiento en el atributo Trato Humanitario con un estándar de 90%, en el servicio de Laboratorio clínico en el periodo evaluado.</li> <li>Se evidencia el cumplimiento en el atributo Trato Humanitario con un estándar de 90%, en el servicio de Imágenes Diagnosticas en el periodo evaluado.</li> <li>Se evidencia el seguimiento a las quejas y sugerencias recibidas por las vías comprometidas: Buzón de quejas y sugerencias, gerencia de atención al usuario, línea 311 y las redes sociales.</li> </ul> <p><b>IV. ÁREAS DE MEJORA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incumplimiento en el atributo Atención Oportuna con un estándar de 24 a 72 horas, en el servicio de Laboratorio Clínico, en todo el periodo evaluado.</li> <li>Se evidencia incumplimiento en el atributo trato humanitario comprometido con un estándar de 90%, en el servicio de Laboratorio clínico en periodo octubre 2023 - marzo 2024.</li> </ul> <p><b>V. RECOMENDACIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se deben analizar los resultados de las mediciones acorde a la periodicidad del indicador establecido en el apartado de los compromisos de calidad.</li> <li>Tomar en cuenta estas observaciones para el proceso de elaboración y posterior aprobación de su nueva versión de la Carta Compromiso al Ciudadano.</li> </ul> <p><b>VI. PUNTACIÓN OBTENIDA</b></p> <p><b>SISMAP: 96%</b></p>	 <small>REPUBLICA DOMINICANA ADMINISTRACION PUBLICA</small>	<b>INFORME EVALUACIÓN CARTA COMPROMISO</b> Fecha de emisión: 09 de noviembre 2023	<b>PR-GDP-006-01</b> Versión: 04 Página 2 de 2	
 <small>REPUBLICA DOMINICANA ADMINISTRACION PUBLICA</small>	<b>INFORME EVALUACIÓN CARTA COMPROMISO</b> Fecha de emisión: 09 de noviembre 2023	<b>PR-GDP-006-01</b> Versión: 04 Página 2 de 2			
<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>De manera diaria la unidad de estadísticas aplica encuestas de satisfacción a los ciudadanos de los principales servicios del centro a través de una herramienta estandarizada del Servicio Nacional de Salud, la cual mide atributos de calidad de importancia para los ciudadanos.</p> <p>Evidencia: Encuestas de satisfacción, Charlas derechos y deberes. Elaboración de reuniones grupos focales. Protocolo de atención al usuario.</p>				



3. Participación de los pacientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.

Los ciudadanos/clientes forman parte de los procesos de trabajo y toma de decisiones a partir de reuniones con estos de manera periódicas y a la formación del comité ejecutivo ampliado. Esto también se ve reflejado a través de las encuestas de satisfacción el cual percibe el nivel de participación de los ciudadanos clientes. En base a los resultados de la Encuesta de Percepción a Hogares del 2017, se reafirma la valoración positiva que tiene la comunidad sobre el grado en que el centro involucra y da participación a los ciudadanos/clientes en el proceso de mejora de los servicios, pues 81% de los participantes en hogares consideran excelente, muy bueno y/o bueno el grado en que el centro toma en cuenta las sugerencias de los usuarios y usuarias, en comparación con el 80% del año anterior.

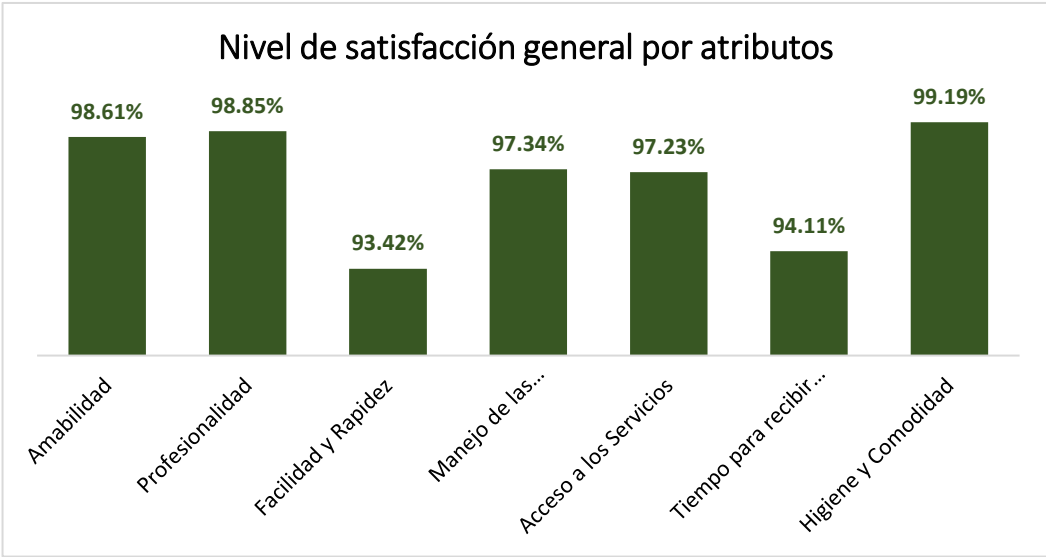
Evidencia: Comité ejecutivo ampliado, reuniones, minutas, listado de asistencia. Encuesta de Satisfacción

<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>La transparencia en el funcionamiento de la organización se evidencia a través de los resultados de las encuestas de satisfacción, quejas y sugerencias expresadas por los usuarios y por las evaluaciones realizadas por la DIGEIG.</p> <p>Las evaluaciones realizadas por la DIGEIG durante el periodo Enero-mayo 2024 ha sido sobre los 95. puntos. De forma detallada se muestra a continuación:</p> <p>Enero – 95.09  Febrero – 95.50  Marzo – 97.71</p> <p>Evidencia: Encuestas de satisfacción, quejas y sugerencias, resultados evaluaciones DIGEIG</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>A través de los buzones de quejas y sugerencias se activa un acápite donde el ciudadano cliente puede recomendar los servicios del centro a otras personas. También a través de las encuestas de percepción realizadas se puede medir el nivel de confianza que tiene estos con el centro.</p> <p>Evidencia: Encuestas e informes de percepción usuarios externos, buzones de quejas y sugerencias</p> <div data-bbox="583 979 1411 1450" style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; text-align: center;"> <p>¿Recomendaría a otra persona atenderse en este establecimiento de salud?</p>  <table border="1" style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Respuesta</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>98%</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>■ Si ■ No</p> </div>	Respuesta	Porcentaje	Si	98%	No	2%	
Respuesta	Porcentaje							
Si	98%							
No	2%							

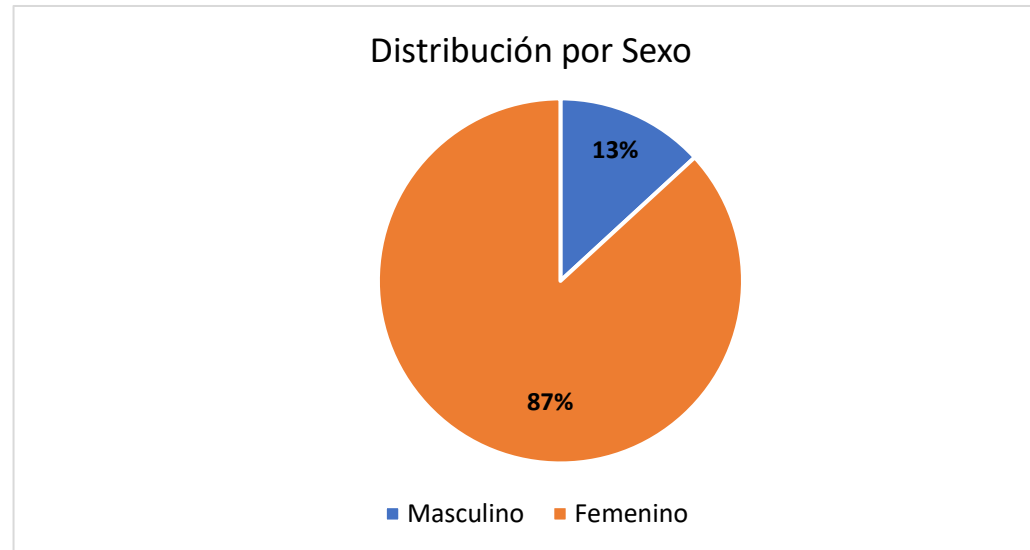
--	--	--

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora																
<p>I. 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>A través de las encuestas de percepción, se establece el criterio de la facilidad de acceder al HPHM y la forma también de acceder a los servicios de estos, arrojando resultados positivos en cuanto a estos, reflejado en el nivel de satisfacción general global del centro.</p> <p>Evidencia: Encuestas de Percepción de los usuarios externos</p> <div data-bbox="573 789 1614 1341" data-label="Figure"> <table border="1"> <caption>Nivel de satisfacción general por atributos</caption> <thead> <tr> <th>Atributo</th> <th>Nivel de Satisfacción (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Amabilidad</td> <td>98.61%</td> </tr> <tr> <td>Profesionalidad</td> <td>98.85%</td> </tr> <tr> <td>Facilidad y Rapidez</td> <td>93.42%</td> </tr> <tr> <td>Manejo de las...</td> <td>97.34%</td> </tr> <tr> <td>Acceso a los Servicios</td> <td>97.23%</td> </tr> <tr> <td>Tiempo para recibir...</td> <td>94.11%</td> </tr> <tr> <td>Higiene y Comodidad</td> <td>99.19%</td> </tr> </tbody> </table> </div>	Atributo	Nivel de Satisfacción (%)	Amabilidad	98.61%	Profesionalidad	98.85%	Facilidad y Rapidez	93.42%	Manejo de las...	97.34%	Acceso a los Servicios	97.23%	Tiempo para recibir...	94.11%	Higiene y Comodidad	99.19%	
Atributo	Nivel de Satisfacción (%)																	
Amabilidad	98.61%																	
Profesionalidad	98.85%																	
Facilidad y Rapidez	93.42%																	
Manejo de las...	97.34%																	
Acceso a los Servicios	97.23%																	
Tiempo para recibir...	94.11%																	
Higiene y Comodidad	99.19%																	

<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>A través de las encuestas realizadas para medir el nivel de cumplimiento de los productos y servicios ofrecidos y comprometidos en la carta compromiso al ciudadano, se refleja los resultados de los ciudadanos/clientes en este aspecto. También a partir de las auditorias, se refleja el nivel de cumplimiento con los estándares de calidad del centro en cuanto a servicios.</p> <p>Evidencia: Carta Compromiso al Ciudadano, Auditorias, Encuestas de satisfacción, Balance score card</p>  <table border="1"> <caption>Nivel de satisfacción general por atributos</caption> <thead> <tr> <th>Atributo</th> <th>Nivel de Satisfacción (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Amabilidad</td> <td>98.61%</td> </tr> <tr> <td>Profesionalidad</td> <td>98.85%</td> </tr> <tr> <td>Facilidad y Rapidez</td> <td>93.42%</td> </tr> <tr> <td>Manejo de las...</td> <td>97.34%</td> </tr> <tr> <td>Acceso a los Servicios</td> <td>97.23%</td> </tr> <tr> <td>Tiempo para recibir...</td> <td>94.11%</td> </tr> <tr> <td>Higiene y Comodidad</td> <td>99.19%</td> </tr> </tbody> </table>	Atributo	Nivel de Satisfacción (%)	Amabilidad	98.61%	Profesionalidad	98.85%	Facilidad y Rapidez	93.42%	Manejo de las...	97.34%	Acceso a los Servicios	97.23%	Tiempo para recibir...	94.11%	Higiene y Comodidad	99.19%	
Atributo	Nivel de Satisfacción (%)																	
Amabilidad	98.61%																	
Profesionalidad	98.85%																	
Facilidad y Rapidez	93.42%																	
Manejo de las...	97.34%																	
Acceso a los Servicios	97.23%																	
Tiempo para recibir...	94.11%																	
Higiene y Comodidad	99.19%																	
<p>3. Diferenciación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades específicas del cliente (edad, género, discapacidad, etc.).</p>	<p>La diferenciación de los servicios del HPHM se refleja a través de los resultados estadísticos recolectados dentro de este, como son: Sexo, edad, peso y talla, discapacidad.</p>																	

Evidencia: Matrices bases de datos, balance score card, reporte 67ª, distintos reportes



**4. Capacidades de la organización para la innovación.**

Entre los métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos el HPHM cuenta con muchos, como por ejemplo el Call Center, App Hugo Mendoza, Sistemas SGA y turnos HUGO COLA

Evidencia: Call Center, App Hugo Mendoza, Sistemas SGA y turnos HUGO COLA, Consulta Adolescentes, Consultas Síndrome de Down, Unidad de Genero, Unidad Hemato – oncología. REPORTE 67ª DE PRODUCCIÓN. SGA REPORTE ESTADISTICOS DE ATENCIÓN.

Evidencia: Cantidad de servicios habilitados a través del tiempo, cantidad de softwares o tecnologías desarrolladas.

Nuevos servicios disponibles a partir del año 2019						
Año	2018	2019	2020			2022
Servicio	Clínica Síndrome de Down	Fisioterapia	Terapia del habla	Unidad Atención integral a adolescentes	Unidad de género	Hospital del día oncológico
Total atenciones	467	2,312	782	3,109	279	Nueva

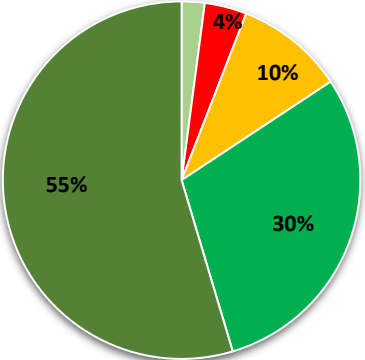
- ❖ Unidad atención integral a adolescentes: pacientes entre 9 y 18 años reciben atención integral incluyendo pediatría general, urología, inmunización contra VPH, anticonceptivos y salud mental.
- ❖ Unidad género infantil: detecta y aborda a niños, niñas y adolescentes en situaciones de violencia, con el propósito de facilitarles acceso a servicios de salud.
- ❖ Hospital del día oncológico: ofrece servicios de quimioterapia y transfusión sanguínea de manera ambulatoria, reduciendo los riesgos de infecciones en pacientes inmunodeprimidos.

5. Digitalización en la organización.

Entre los métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos el HPHM cuenta con muchos, como por ejemplo el Call Center, App Hugo Mendoza, Sistemas SGA y turnos HUGO COLA  
Evidencia: Call Center, App Hugo Mendoza, Sistemas SGA y turnos HUGO COLA, Consulta Adolescentes, Consultas Síndrome de Down, Unidad de Genero, Unidad Hemato – oncología. REPORTE 67ª DE PRODUCCIÓN. SGA REPORTE ESTADISTICOS DE ATENCIÓN.

## 6.2. Mediciones de Rendimiento (desempeño).

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora												
<p>I. Tiempo de espera (tiempo de procesamiento y prestación del servicio).</p>	<p>La institución tiene los horarios de los servicios establecidos y divulgados en los canales de comunicación de lugar. Cabe destacar que el servicio de consulta externa tiene horario extendido de doce horas, a fin de que las madres y padres puedan acceder a servicios básicos de salud sin que afecte la productividad nacional, al tener que ausentarse de sus trabajos para cubrir las necesidades de salud de sus niños, niñas y adolescentes cumpliendo con la disposición del Servicio Nacional de Salud. Se registra la hora de llegada y de salida de todos los médicos, enfermeras y todo el personal del HPHM por medio del sistema de ponche. Esto se publica a través del POA como una actividad, el cual se realiza un informe sobre esto (estadísticamente) más el indicador de índice de ausentismo.</p> <p>Evidencia: Publicación de la cartera de servicios, monitores con horarios y cartera de servicios, página web y redes sociales. Índice de ausentismo, Reporte de horarios del centro, Reporte Agenda Medica</p> <div data-bbox="541 802 1619 1352" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p><b>¿Cómo considera el tiempo para recibir los resultados de los estudios realizados?</b></p>  <table border="1" style="margin: 0 auto;"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Muy Buena</td> <td>55%</td> </tr> <tr> <td>Buena</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>Regular</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Mala</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>Muy Mala</td> <td>1%</td> </tr> </tbody> </table> <p> <span style="color: #90EE90;">■</span> Muy Mala              <span style="color: #FF0000;">■</span> Mala              <span style="color: #FFD700;">■</span> Regular              <span style="color: #008000;">■</span> Buena              <span style="color: #6B8E23;">■</span> Muy Buena         </p> </div>	Categoría	Porcentaje	Muy Buena	55%	Buena	30%	Regular	10%	Mala	4%	Muy Mala	1%	
Categoría	Porcentaje													
Muy Buena	55%													
Buena	30%													
Regular	10%													
Mala	4%													
Muy Mala	1%													



<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>Por otro lado, a fin de garantizar la atención oportuna en las diferentes áreas, el hospital establece mediciones precisas sobre el tiempo de espera de los diferentes servicios que ofrece mediante la implementación de estudios de análisis de teoría de cola para los procesos de emergencia y consulta ambulatoria. El Sistema SGA en emergencia para el triaje de Manchester calcula el tiempo de espera de cada paciente en cada etapa que se encuentra. A través de la encuesta de satisfacción se mide la percepción de los usuarios sobre la rapidez para ser atendido.</p> <p>Evidencia: Reporte Tiempo de espera consultas. SGA triaje de Manchester tiempo de espera. Encuesta de Satisfacción Rapidez en el servicio. Carta Compromiso Atributo Atención Oportuna Laboratorio</p> <p>El costo de los servicios que oferta el hospital según el estatus de los usuarios en el SDSS, será cubierto total o parcialmente por el sistema y/o por las familias. En ese sentido, preocupados por la accesibilidad de los servicios la variable costos era una pregunta obligada en las encuestas de percepción, evidenciándose en los resultados en la última Encuesta de Satisfacción a Usuarios Externos, abril del 2017, arrojando que un 97% de las personas encuestadas en diferentes momentos han considerado apropiados los costos de los servicios ofertados en el centro. Sumado a que la institución cuenta con acuerdos/alianzas/contratos, con todas las Administradores de Riesgos de Salud (ARS) del país. Los servicios de emergencias y de ciertas consultas externas son totalmente gratuita para los ciudadanos, los cuales pueden aportar un monto honorífico por ellos mismo para contribuir al hospital.</p> <p>Evidencia: Reporte de Facturación de los servicios. Estadísticas de Exoneración de montos en Hospitalización y demás servicios. Cartera de Servicios Portal Web y Redes sociales.</p>	
--	---	--

**Informe de evaluación de Anual  
Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza  
Periodo a evaluar: junio 2023 - mayo 2024**

**I. INTRODUCCION**

El Programa Carta Compromiso al Ciudadano establece que tanto la institución que ha publicado la Carta como el Ministerio de Administración Pública deben llevar a cabo evaluaciones periódicas que garanticen el cumplimiento de los compromisos asumidos, así como la veracidad de las informaciones publicadas en la misma.

En ese mismo orden, el Artículo 13 del Decreto 211-10, establece que el Ministerio de Administración Pública evaluará anualmente las Cartas Compromiso que hayan sido aprobadas y podrá retirar del Programa cualquier Carta Compromiso que incumpla los requisitos establecidos.

Con el objetivo de dar seguimiento a la Carta Compromiso al Ciudadano del **Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza**, el Departamento de Análisis Regulatorio y Compromisos de Servicios coordinó la evaluación anual, con el fin de dar seguimiento a los resultados obtenidos en el periodo junio 2023 – mayo 2024.

**II. DOCUMENTACIÓN REVISADA POR EL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS  
REGULATORIO Y COMPROMISOS DE SERVICIOS**

- Portal Web.
- Certificación Habilitación de los servicios
- Sistema Isabel
- Correo
- Redes sociales
- Data encuesta
- Matriz quejas y sugerencias
- Formularios para colocar las quejas y sugerencias
- Plataforma 311

**III. PUNTOS FUERTES**

- Se evidencia la Carta Compromiso al Ciudadano en la página web de la institución.
- Se verifica la publicación de los resultados de las mediciones de los compromisos asumidos en el portal web de la institución.
- Debido seguimiento a las vías de Comunicación y Participación Ciudadana indicadas en su Carta Compromiso.
- Cumplimiento en el atributo Trato Humanitario con un estándar de 95%, en el servicio de Consultas Externas en el periodo evaluado.

- Se evidencia el cumplimiento en el atributo Trato Humanitario con un estándar de 90%, en el servicio de Procedimientos quirúrgicos en el periodo evaluado.
- Se evidencia el cumplimiento en el atributo Trato Humanitario con un estándar de 90%, en el servicio de Laboratorio clínico en el periodo evaluado.
- Se evidencia el cumplimiento en el atributo Trato Humanitario con un estándar de 90%, en el servicio de Imágenes Diagnosticas en el periodo evaluado.
- Se evidencia el seguimiento a las quejas y sugerencias recibidas por las vías comprometidas: Buzón de quejas y sugerencias, gerencia de atención al usuario, línea 311 y las redes sociales.

**IV. ÁREAS DE MEJORA**

- Incumplimiento en el atributo Atención Oportuna con un estándar de 24 a 72 horas, en el servicio de Laboratorio Clínico, en todo el periodo evaluado.
- Se evidencia incumplimiento en el atributo trato humanitario comprometido con un estándar de 90%, en el servicio de Laboratorio clínico en periodo octubre 2023 - marzo 2024.

**V. RECOMENDACIONES**

- Se deben analizar los resultados de las mediciones acorde a la periodicidad del indicador establecido en el apartado de los compromisos de calidad.
- Tomar en cuenta estas observaciones para el proceso de elaboración y posterior aprobación de su nueva versión de la Carta Compromiso al Ciudadano.

**VI. PUNTACIÓN OBTENIDA**

SISMAP: 96%

4. Resultados de las medidas de evaluación (subsanción) con respecto a errores y cumplimiento de los estándares de calidad.

Cada año el Ministerio de Administración Pública evalúa el cumplimiento de de los indicadores establecidos en la carta compromiso al igual que el manejo de las medidas de subsanción. En su ultima evaluación el HPHM tuvo un cumplimiento de un 96%

Evidencia: Evaluaciones Carta compromisos. Matriz de quejas y medidas de subsanción cerradas en el tiempo establecido.

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.

A través del Sistema de Monitoreo de la Administración Publica Para el Sector Salud por tres años consecutivos el HPHM ha logrado ocupar la primera posición del ranking. En este se mide los indicadores de salud primordiales los cuales el HPHM cumplen con los estándares establecidos.

Evidencia: Ranking Hospitalario, Ranking SISMAP SALUD, Reporte de producción mensual 67A el cual registra los indicadores priorizados. Matriz de indicadores videoconferencia.

1

### Indicadores Sanitarios por Hospitales

Región	Total Ingresos (Hospitalizaciones)	Total egresos	Egresos por altas	Egresos por Defunciones	Mortalidad hospitalaria neta (Egresos por Defunción/Total Egresos)x100	Días Camas	Días Pacientes	Índice de ocupación de camas	Total Emergencias	Total Consulta Externa	Presión de emergencia vs consulta externa	Presión de emergencia vs hospitalizaciones	Razón de Emergencias vs Consultas Ambulatorias
REGION 0	6.253	5.874	5.810	64	1,09%	19.781	17.879	90,38%	10.154	55.456	15,48%	2,16%	18,31%
SANTO DOMINGO	6.253	5.874	5.810	64	1,09%	19.781	17.879	90,38%	10.154	55.456	15,48%	2,16%	18,31%
PEDIATRICO DR. HUGO MENDOZA	6.253	5.874	5.810	64	1,09%	19.781	17.879	90,38%	10.154	55.456	15,48%	2,16%	18,31%
Total	6.253	5.874	5.810	64	1,09%	19.781	17.879	90,38%	10.154	55.456	15,48%	2,16%	18,31%

### 03. GESTIÓN CLÍNICA










03.01 Días Promedio de Estadía	Objetivo Logrado	3.01 DÍAS PROMEDIO DE ESTADÍA - (TI 2024).pdf	26/07/2024		89.00%
03.02 Producción de Servicios de Salud: Consultas	Poco o Ningún Avance	3.02 CONSULTAS - (TI - 2023 vs TI - 2024).pdf	26/07/2024		29.00%
03.03 Producción de Servicios de Salud: Hospitalizaciones	Poco o Ningún Avance.	3.03 HOSPITALIZACIONES - (TI - 2023 vs TI - 2024).pdf	19/07/2024		29.00%
03.04 Producción de Servicios de Salud: Razón Emergencias Médicas vs Consultas Ambulatorias	Objetivo Logrado.	3.04 RAZÓN EMERGENCIAS MÉDICAS - (TI 2024).pdf	26/07/2024		100.00%
03.05 Producción de Servicios de Salud: Cirugías	Cierto Avance	3.05 CIRUGÍAS - (TI - 2023 vs TI - 2024).pdf	19/07/2024		74.00%
03.06 Producción de Servicios de Salud: Servicios Diagnósticos (Laboratorio)	Poco Avance	3.06 DIAGNÓSTICOS (LABORATORIO) - (TI - 2023 vs TI - 2024).pdf	19/07/2024		30.00%
03.07 Producción de Servicios de Salud: Servicios Diagnósticos (Imágenes)	Objetivo Logrado	3.07 DIAGNÓSTICOS (IMÁGENES) - (TI - 2023 vs TI - 2024).pdf	19/07/2024		99.00%
03.08 Índice Ocupación Camas	Objetivo Logrado	3.08 ÍNDICE OCUPACIÓN DE CAMAS - (TI 2024).pdf	19/07/2024		100.00%
03.09 Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria	Objetivo Logrado	3.09 MORTALIDAD HOSPITALARIA - (TI 2024).pdf	19/07/2024		100.00%

Tabla 6b.3 Meta anual cantidad de atenciones por servicio. 2019 - 2021									
Servicio	2019			2020			2021		
	Meta	Resultado	Cumplimiento	Meta	Resultado	Cumplimiento	Meta	Resultado	Cumplimiento
<b>Consulta Externa</b>	83,885	71,596	85%	38,403	36,055	94%	93,465	84,091	90%
<b>Emergencia</b>	65,748	60,181	92%	40,382	36,309	90%	36,411	30,897	85%
<b>Hospitalización</b>	10,001	12,105	121%	8,619	7,885	91%	12,273	11,480	94%
<b>Procedimientos Quirúrgicos</b>	2,600	2,926	113%	1,960	1,698	87%	2,800	3,006	107%
<b>Pruebas de Laboratorio</b>	158,671	178,569	113%	154,344	138,067	89%	240,129	203,578	85%
<b>Estudios de Imágenes</b>	32,618	43,824	134%	29,065	34,364	118%	39,278	42,949	109%

Fuente: Unidad de Estadísticas Hospitalarias del HPHM

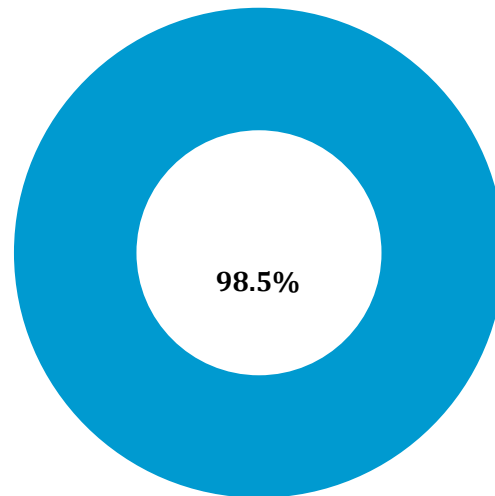
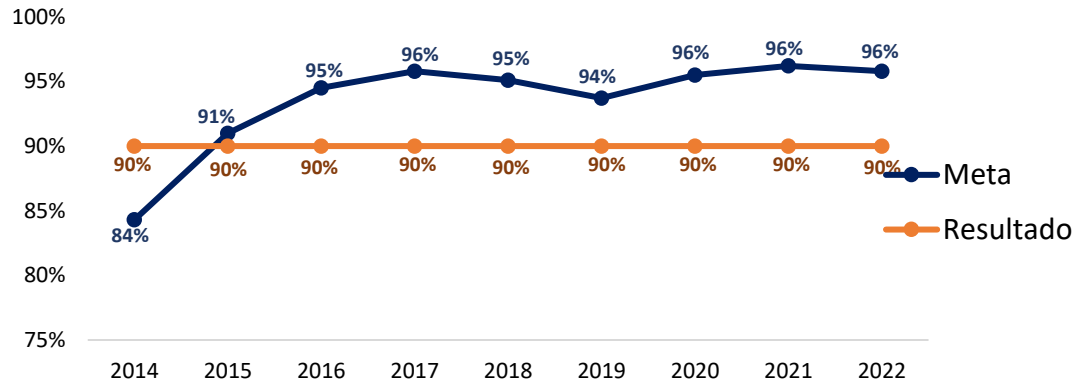
6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.

Cada mes se realiza el reporte del 67a por parte del Ministerio de Salud pública y el Servicio Nacional de Salud, la cual reporta la producción de servicios de la cartera de servicios del centro. Estos reportes se ajustan a cada servicio nuevo o no dependiendo si estuvieron en producción o no.

Evidencia: Reporte 67a, matriz de cartera de servicios acorde a la cartera de servicios publicada aprobada por el SNS

	 <p><b>55.456</b> Total de consultas externas</p> <table border="1"> <tr><td>40.667</td><td>73,33%</td></tr> <tr><td><i>Tra Vez</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>14.789</td><td>26,67%</td></tr> <tr><td><i>Subsecuentes</i></td><td>%</td></tr> </table> <p><b>10.154</b> Total de emergencias</p> <table border="1"> <tr><td>119</td><td>1,17 %</td></tr> <tr><td><i>Via 911</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>9.981</td><td>98,30%</td></tr> <tr><td><i>Propios medi...</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>0</td><td>0,00 %</td></tr> <tr><td><i>Referidas</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>5</td><td>0,05%</td></tr> <tr><td><i>Otros medios</i></td><td>%</td></tr> </table> <p><b>114.751</b> Total de pruebas de laboratorio</p> <table border="1"> <tr><td>48.160</td><td>41,97%</td></tr> <tr><td><i>Ambulatorios</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>20.039</td><td>17,46%</td></tr> <tr><td><i>Emergencias</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>46.552</td><td>40,57%</td></tr> <tr><td><i>Hospitalizados</i></td><td>%</td></tr> </table> <p><b>19.271</b> Total de pruebas de imágenes</p> <table border="1"> <tr><td>8.589</td><td>44,57%</td></tr> <tr><td><i>Ambulatorios</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>8.216</td><td>42,63%</td></tr> <tr><td><i>Emergencias</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>2.466</td><td>12,80%</td></tr> <tr><td><i>Hospitalizados</i></td><td>%</td></tr> </table> <p><b>6.253</b> Total de hospitalizaciones</p> <table border="1"> <tr><td>5.874</td><td>93,94%</td></tr> <tr><td><i>Total Egresos</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>5.810</td><td>98,91%</td></tr> <tr><td><i>Altas</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>64</td><td>1,09%</td></tr> <tr><td><i>Defunciones</i></td><td>%</td></tr> </table> <p><b>1.772</b> Total de cirugías</p> <table border="1"> <tr><td>936</td><td>52,82%</td></tr> <tr><td><i>Cirugía mayor</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>836</td><td>47,18 %</td></tr> <tr><td><i>Cirugía menor</i></td><td>%</td></tr> </table> <p><b>0</b> Total de partos</p> <table border="1"> <tr><td>0</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td><i>Via cesárea</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>0</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td><i>Via vaginal</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td><i>Gemelares</i></td><td><i>Multiples &gt; 2</i></td></tr> <tr><td>0</td><td></td></tr> <tr><td><i>Partos Fortuitos</i></td><td></td></tr> </table> <p><b>0</b> Total de nacimientos</p> <table border="1"> <tr><td>0</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td><i>Bajo peso</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>0</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td><i>Prematuros</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>0</td><td>0,00 %</td></tr> <tr><td><i>Mal formación</i></td><td>%</td></tr> </table>	40.667	73,33%	<i>Tra Vez</i>	%	14.789	26,67%	<i>Subsecuentes</i>	%	119	1,17 %	<i>Via 911</i>	%	9.981	98,30%	<i>Propios medi...</i>	%	0	0,00 %	<i>Referidas</i>	%	5	0,05%	<i>Otros medios</i>	%	48.160	41,97%	<i>Ambulatorios</i>	%	20.039	17,46%	<i>Emergencias</i>	%	46.552	40,57%	<i>Hospitalizados</i>	%	8.589	44,57%	<i>Ambulatorios</i>	%	8.216	42,63%	<i>Emergencias</i>	%	2.466	12,80%	<i>Hospitalizados</i>	%	5.874	93,94%	<i>Total Egresos</i>	%	5.810	98,91%	<i>Altas</i>	%	64	1,09%	<i>Defunciones</i>	%	936	52,82%	<i>Cirugía mayor</i>	%	836	47,18 %	<i>Cirugía menor</i>	%	0	0,00%	<i>Via cesárea</i>	%	0	0,00%	<i>Via vaginal</i>	%	0	0	<i>Gemelares</i>	<i>Multiples &gt; 2</i>	0		<i>Partos Fortuitos</i>		0	0,00%	<i>Bajo peso</i>	%	0	0,00%	<i>Prematuros</i>	%	0	0,00 %	<i>Mal formación</i>	%	
40.667	73,33%																																																																																																	
<i>Tra Vez</i>	%																																																																																																	
14.789	26,67%																																																																																																	
<i>Subsecuentes</i>	%																																																																																																	
119	1,17 %																																																																																																	
<i>Via 911</i>	%																																																																																																	
9.981	98,30%																																																																																																	
<i>Propios medi...</i>	%																																																																																																	
0	0,00 %																																																																																																	
<i>Referidas</i>	%																																																																																																	
5	0,05%																																																																																																	
<i>Otros medios</i>	%																																																																																																	
48.160	41,97%																																																																																																	
<i>Ambulatorios</i>	%																																																																																																	
20.039	17,46%																																																																																																	
<i>Emergencias</i>	%																																																																																																	
46.552	40,57%																																																																																																	
<i>Hospitalizados</i>	%																																																																																																	
8.589	44,57%																																																																																																	
<i>Ambulatorios</i>	%																																																																																																	
8.216	42,63%																																																																																																	
<i>Emergencias</i>	%																																																																																																	
2.466	12,80%																																																																																																	
<i>Hospitalizados</i>	%																																																																																																	
5.874	93,94%																																																																																																	
<i>Total Egresos</i>	%																																																																																																	
5.810	98,91%																																																																																																	
<i>Altas</i>	%																																																																																																	
64	1,09%																																																																																																	
<i>Defunciones</i>	%																																																																																																	
936	52,82%																																																																																																	
<i>Cirugía mayor</i>	%																																																																																																	
836	47,18 %																																																																																																	
<i>Cirugía menor</i>	%																																																																																																	
0	0,00%																																																																																																	
<i>Via cesárea</i>	%																																																																																																	
0	0,00%																																																																																																	
<i>Via vaginal</i>	%																																																																																																	
0	0																																																																																																	
<i>Gemelares</i>	<i>Multiples &gt; 2</i>																																																																																																	
0																																																																																																		
<i>Partos Fortuitos</i>																																																																																																		
0	0,00%																																																																																																	
<i>Bajo peso</i>	%																																																																																																	
0	0,00%																																																																																																	
<i>Prematuros</i>	%																																																																																																	
0	0,00 %																																																																																																	
<i>Mal formación</i>	%																																																																																																	
<p>7. Índice de Satisfacción de Usuarios.</p>	<p>De manera diaria la unidad de estadísticas aplica encuestas de satisfacción a los ciudadanos de los principales servicios del centro a través de una herramienta estandarizada del Servicio Nacional de Salud, la cual mide atributos de calidad de importancia para los ciudadanos.</p> <p>Evidencia: Reporte de encuesta de satisfacción al usuario, Plataforma SNS encuestas e índice de satisfacción. Carta Compromiso al Ciudadano y sus resultados.</p>																																																																																																	

**Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza**  
**Meta y resultado índice de satisfacción global usuarios**  
**externos. 2014 - 2022**



Nivel de satisfacción general de usuarios externos

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p>I. Número de canales de información y comunicación, de que dispone la organización y los resultados de su utilización, incluidas las redes sociales.</p>	<p>El compromiso con la disponibilidad de la información a los clientes ha llevado al aprovechamiento de las tecnologías de la información y la comunicación al integrar numerosos canales de información. Por estas vías se reciben quejas y sugerencias las cuales son registradas en la matriz de quejas y sugerencias. También se hace un reporte de las cantidades de llamadas recibidas al call center, las citas programadas y las confirmadas. A través de las encuestas de satisfacción se mide la facilidad que tienen los usuarios para contactar una cita y también para acceder a los servicios.</p> <p>Las evaluaciones realizadas por la DIGEIG durante el periodo Enero-mayo 2024 ha sido sobre los 95 puntos. De forma detallada se muestra a continuación:</p> <p>Enero – 95.09                  Febrero – 95.50                  Marzo – 97.71</p> <p>Evidencia: Redes Sociales (Facebook, Twitter e Instagram), Página Web, Email, Central Telefónica, Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI), App Hugo Mendoza. Reporte de llamadas call center, Matriz de quejas y sugerencias. Encuesta de Satisfacción (resultados).</p>	



<p>2. Disponibilidad y exactitud de la información que se provee a los grupos de interés internos y externos. (suficiente, actualizada, sin errores, etc.)</p>	<p>La información y precisión de esta, se encuentra disponible en tiempo real gracias a la facilidad de publicación de las redes sociales. También es importante señalar que el HPHM cumple con las normas de las OPTIC por las cuales este certificado el centro.</p> <p>Las evaluaciones realizadas por la DIGEIG durante el periodo Enero-mayo 2024 ha sido sobre los 95. puntos. De forma detallada se muestra a continuación:</p> <p>Enero – 95.09  Febrero – 95.50  Marzo – 97.71</p> <p>Evidencia: Evaluación OPTIC normas OPTIC. Portal Web. Redes sociales</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>Los objetivos de rendimiento de la organización están publicados en el portal web en transparencia, reportes como el 67ª, Ejecución del POA y su porcentaje de cumplimiento. Ranking de Hospitales como el SISMAP SALUD.</p> <p>Evidencia: 67ª, Cumplimiento Porcentaje POA. Ranking de Hospitales SISMAP SALUD</p>	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora

<p>I. Porcentaje de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones. (Tipo de implicación, niveles de participación y el porcentaje en que se cumplen).</p>	<p>Si bien el diseño del catálogo de servicios de un Centro Especializado de Atención de Salud de tercer nivel de atención lo hace el nivel central del Ministerio de Salud Pública en coherencia con los lineamientos internacionales de las instituciones correspondientes y el Consejo Nacional de la Seguridad Social donde participa la sociedad civil, el hospital constantemente implica a los grupos de interés de la institución en la evaluación de los servicios así como las mejoras a aplicar a los mismos, muestra de ello es la cantidad de actividades que la institución integra a los grupos de interés, para el primer semestre de 2017 se trazó el objetivo de tres actividades, lográndose cinco para un cumplimiento de un 167%. A partir de esta se realizó el procedimiento de gestión de grupo de interés, en el cual se llevan actividades en dos ocasiones al año, cumpliéndose al 100% de estos. En el hospital se realiza encuestas a los pacientes y familiares para medir los resultados de los servicios y los productos aplicados a los pacientes, en las áreas de laboratorio, consulta externa, emergencia e internamientos, también tenemos instalados buzones de sugerencia en la misma área las mismas son socializadas.</p> <p>Evidencias: Informe de resultados obtenidos en la apertura de buzones y de encuestas realizadas. Política Gestión GGII, Actividades realizadas (reuniones minutas fotos)</p>	
---	--	--

Mejora continua proceso de facturación		
Año	Acción de mejora	Impacto
2015	Automatización del proceso mediante el software SIGHOST.	Incremento del control y efectividad del proceso.
2016	Instalación de puntos de ventas.	Agilización del proceso de pago.
2017	Integración del proceso de facturación con el de cajas/cobros.	Facilidad del paciente para dirigirse a su área de destino y agilización del proceso de cobro.
	Descentralización del proceso, habilitación de módulos de facturación en Imágenes Diagnosticas y el Laboratorio Clínico.	Reducción de las filas de esperas (pacientes de pie en tanda matutina).
	Certificación del proceso de facturación mediante la Norma ISO 9001:2015.	Documentación y eficientización del proceso con estándares de clase mundial.
2018	Reorganización de los recursos humanos del proceso en torno al horario de llegada elegido por los ciudadanos/clientes.	Eliminación total de las filas de espera de pie en la tanda matutina.
2019	Descentralización de la facturación de hospitalización, segregando la unidad en dos módulos que ahora están ubicadas ínsita, juntos a las habitaciones de internamiento. Eliminación del paso de impresión de citas	Mejora de la eficacia del proceso de egreso. Agilización del tránsito de recepción a facturación.
2020	Agilización y estandarización del flujo de asistencia de servicio en facturación de servicios ambulatorios	Instalación del software Hugo Cola, el cual organiza a los ciudadanos por orden de llegada y servicio solicitar.

Mejora de proceso de Emergencia		
Año	Fuente de Aprendizaje	Mejora
2018	Benchmarking hospital pediátrico San Sebastián (País Vasco)	Modelo de triaje de emergencia apoyado de un software informático
2019		Desarrollo del software inhouse del sistema

	2019	Reporte de producción, quejas y sugerencias	Re-diseño de la emergencia y ampliación para la atención en triaje Unidad de laboratorio clínico en emergencias.
	2020		Implementación del sistema de triaje automatizado, con la asignación de enfermera y descripción del flujo
	2020	Situación de la pandemia	Ampliación de la emergencia con el Triaje Respiratorio
	2021	Sondeos personal médico y sugerencias	División del equipo de trabajo en Teams de médicos pediatras de horario flexible que hacen servicio cada 6 días.
		Quejas y sugerencias	Ampliación de la emergencia con área de consultas
2. Porcentaje de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes. Usuarios/Pacientes (Número, tipo y resultados de las	<p>El alcance para los esfuerzos de la transparencia de la información, se trabajó las normas y certificaciones de las OPTIC (NORTICS), lo que ha llevado que en las evaluaciones realizadas por al DIGEIG y la OPTIC. Estamos en un 100%</p> <p>Evidencia: Evaluación DIGEIG 100%, CERTIFICACIONES OPTICS, RECONOCIMIENTO OPTIC.</p>		

innovaciones implementadas).		
3. Indicadores de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes. (Resultados de indicadores previamente establecidos o acciones enfocadas a género y diversidad).	En la institución se garantiza un ambiente libre de discriminación, que facilita el acceso a los servicios de salud a niños/as y adolescentes, en el marco del respeto a la dignidad humana, las leyes y normas nacionales e internacionales, independientemente de su condición socioeconómica, procedencia geográfica, sexo, pertenencia a algún grupo étnico o creencia religiosa, etc. Entre esas acciones se puede citar la existencia de una política de exoneraciones según nivel socioeconómico de los usuarios, las campañas institucionales de promoción de los derechos de la niñez, y de los derechos y deberes de los usuarios, así como también la gestión estadística de la información institucional con perspectiva de género.	



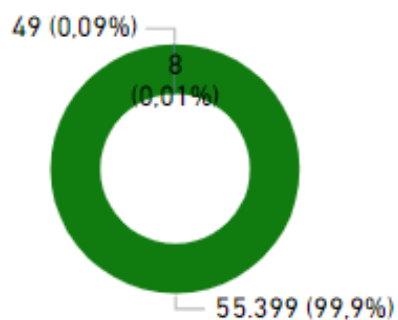
# 55.456

## Servicios de Consulta Externa.



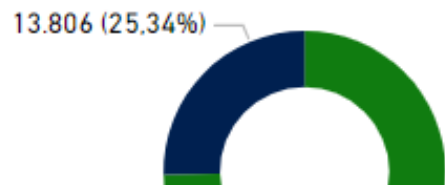
### Consultas por Nacionalidad

● Dominicanos ● Haitianos ● Otras Nacionalida... ● N/D




### Consultas por Afiliación ARS

● SENASA ● Otras ARS ● No Afiliados



Evidencia: Reportes estadísticos Exoneraciones. Informe atención Unidad de Genero. Informe 67ª. Balance score card.

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora																
<p>I. 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>El compromiso con la disponibilidad de la información a los clientes ha llevado al aprovechamiento de las tecnologías de la información y la comunicación al integrar numerosos canales de información. Por estas vías se reciben quejas y sugerencias las cuales son registradas en la matriz de quejas y sugerencias. También se hace un reporte de las cantidades de llamadas recibidas al call center, las citas programadas y las confirmadas. A través de las encuestas de satisfacción se mide la facilidad que tienen los usuarios para contactar una cita y también para acceder a los servicios.</p> <p>Evidencia: Redes Sociales (Facebook, Twitter e Instagram), Página Web, Email, Central Telefónica, Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI), App Hugo Mendoza. Reporte de llamadas call center, Matriz de quejas y sugerencias. Encuesta de Satisfacción (resultados</p>  <table border="1" data-bbox="575 1166 1551 1252"> <thead> <tr> <th>Ranking</th> <th>Institución</th> <th>Uso TIC</th> <th>gDigital</th> <th>Innovación</th> <th>eServicios</th> <th>eParticipación</th> <th>iTICge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>31</td> <td>Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza</td> <td>9.79</td> <td>14.51</td> <td>12.50</td> <td>15.50</td> <td>21.34</td> <td>73.64 ●</td> </tr> </tbody> </table>	Ranking	Institución	Uso TIC	gDigital	Innovación	eServicios	eParticipación	iTICge	31	Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza	9.79	14.51	12.50	15.50	21.34	73.64 ●	
Ranking	Institución	Uso TIC	gDigital	Innovación	eServicios	eParticipación	iTICge											
31	Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza	9.79	14.51	12.50	15.50	21.34	73.64 ●											

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).

La carta compromiso al ciudadanos se describen los distintos medios por los cuales los ciudadanos tienen participación e interacción con el centro. Estos constan de redes sociales, numeros telefonicos para central telefonica, lineas directas para OAI y Atención al usuario, Correo electronico, pagina web, entre otros. Esta está publicada en la pagina web del centro.

Evidencia: Carta Compromiso Redes Sociales (Facebook, Twitter e Instagram), Página Web, Email, Central Telefónica, Oficina de Libre Acceso a la Información (OAI), App Hugo Mendoza. Reporte de llamadas call center, Matriz de quejas y sugerencias. Encuesta de Satisfacción (resultados)

e-Participación	20.00	15.50
e-Participación	15.00	10.50
Acceso a la información	2.00	2.00
Consulta ciudadana	4.00	4.00
Toma de decisiones	8.00	3.50
Vinculación al Sistema 311	1.00	1.00
Datos abiertos	3.00	3.00
Publicación y Facilidades de Acceso al Ciudadano	1.00	1.00
Nortic A3	2.00	2.00
Redes sociales	2.00	2.00
Presencia y Manejo de las Redes	0.50	0.50
Nortic E1	1.00	1.00
Pruebas anónimas	0.50	0.50

## CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.

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

### SUBCRITERIO 7.1. Mediciones de la percepción.

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

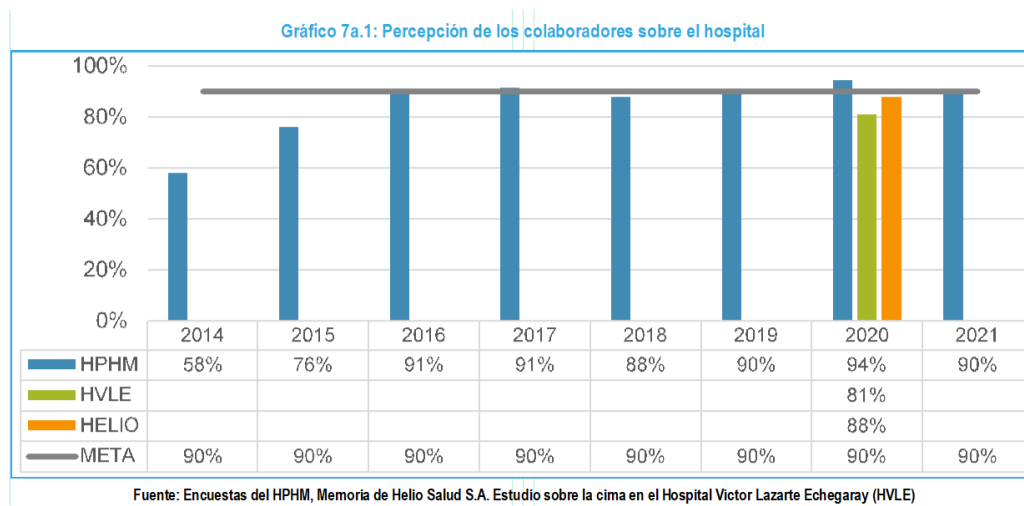
Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
----------	--------------------------------------	-----------------



I. La imagen y el rendimiento general de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, Usuarios/Pacientes los empleados y otros grupos de interés).

A través de las encuestas de satisfacción y buzones de sugerencias, donde se evalúa si recomienda el centro a otras personas, y el nivel de accesibilidad a los servicios, esto gracias a los logros que ha obtenido el centro y el servicio humanizado.

Evidencia: Encuesta de satisfacción



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.

Para la elaboración de la misión visión y valores, se realiza una reunión con los colaboradores, con el fin de plasmar una nueva versión, en donde cada uno pueda plasmar su idea. También se realizan concursos de misión visión y valores, donde se premia al mejor equipo de trabajo, también a los grupos de trabajo que modelen mejor los valores, y se colocan en todo el centro letreros con estas informaciones con el fin de que todos manejen la información. Esto se evidencia a través de estos concursos e incentivos, y también en las encuestas de clima laboral.

Evidencia: Concurso misión visión y valores, Encuesta de Clima Laboral.

Tabla 7a.1 Indicadores claves de la percepción de las personas

Dimensiones	Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza									Comparaciones		
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	META 2021	HELIO	HVLE	HVPE
Valoración del clima	58%	76%	91%	91%	88%	90%	94%	90%	90%	88%	81%	75%
Liderazgo					87%	89%	91%	91%	90%	91%	65%	82%
Empoderamiento		61%	69%	79%	80%	84%	85%	81%	90%			
Reconocimiento		60%	69%	79%	86%	83%	85%	81%	90%	88%		
Conciliación de la vida laboral y familiar					86%	90%	99%	91%	90%			
Desarrollo profesional		70%	85%	80%	84%	86%	91%	88%	90%		56%	82%
Comunicación Interna						93%	93%	93%	90%			

3. La participación de las personas en las actividades de mejora.

A través del concurso de innovación y la política de puertas abierta donde cada uno de los colaboradores puede proponer mejoras de los procesos del centro. Esto se visualiza en el nivel de percepción de los colaboradores mediante las encuestas de clima laboral, donde existe un acápite para evaluar si el centro toma en cuenta la participación de estos.

Evidencia: Encuesta de clima laboral

<p>4. Conciencia de las personas sobre posibles conflictos de intereses y la importancia del comportamiento ético y la integridad.</p>	<p>Los colaboradores conocen sobre los conflictos de interés y la importancia de un compromiso ético gracias a los talleres realizados dentro del centro, tanto por entidades externas como por equipos de trabajo internos.</p> <p>Evidencia: Talleres de capacitación, horas de capacitación, encuesta de ética a través del comité de ética.</p>																																														
<p>5. Mecanismos de retroalimentación, consulta y diálogo y encuestas sistemáticas del personal.</p>	<p>A través de política de puertas abiertas los colaboradores pueden acceder ante cualquier líder de procesos a consultar y a dialogar sobre cualquier tópico. También existe el PABE donde se les da asistencia integral a los colaboradores que así lo necesiten.</p> <p>Evidencia: Encuesta de clima laboral. Cantidad de personas auxiliadas por el PABE</p> <div data-bbox="478 553 1612 1105" style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px;"> <p style="text-align: center; color: #0070C0;">Gráfico 7a.1: Percepción de los colaboradores sobre el hospital</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">■ HPHM</td> <td>58%</td> <td>76%</td> <td>91%</td> <td>91%</td> <td>88%</td> <td>90%</td> <td>94%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">■ HVLE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>81%</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">■ HELIO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>88%</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">— META</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">Fuente: Encuestas del HPHM, Memoria de Hello Salud S.A. Estudio sobre la cima en el Hospital Victor Lazarte Echegaray (HVLE)</p> </div>		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	■ HPHM	58%	76%	91%	91%	88%	90%	94%	90%	■ HVLE							81%		■ HELIO							88%		— META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021																																							
■ HPHM	58%	76%	91%	91%	88%	90%	94%	90%																																							
■ HVLE							81%																																								
■ HELIO							88%																																								
— META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%																																							
<p>6. La responsabilidad social de la organización.</p>	<p>El HPHM cumple con su responsabilidad social, lo cual se puede evidenciar los programas de veranos, donde se reciben más de 100 estudiantes para recibir capacitación y enteramiento por dos semanas. También se encuentran las jornadas médicas, donde el equipo médico con diferentes especialidades se traslada a la comunidad a brindar servicio de salud de manera gratuita.</p>																																														

	Evidencia: Cantidad de Jornadas Medicas y Cantidad e pacientes atendidos en cada una. Cantidad de programas de verano. Jornada de procedimientos quirúrgicos, Operación Sonrisa	
7. La apertura de la organización para el cambio y la innovación.	A través del concurso de innovación el hospital promueve e incentiva a los colaboradores presentar mejoras y buenas prácticas para ser implementadas en el centro. Esto se evidencia el aumento ascendente de las propuestas de 1 propuesta en 2016 a 22 para el 2018.  Evidencia: Cantidad de concursos de innovación llevado a cabo + cantidad de propuestas de mejoras + cantidad de mejoras implementadas	
8. El impacto de la digitalización en la organización.	La digitalización ha jugado un papel fundamental para la optimización de procesos y simplificación de tramites en el HPHM. Se implemento el sistema SGA el cual ha permitido que en el área de consultas externas y emergencias se dejará de usar plantillas de Excel a un software integrado. De igual forma las reuniones virtuales y acceso a charlas y taller de todo tema de manera remota por todo el personal. Sistemas como el Mayam y Labplus es posible ver cualquier resultado de laboratorio e imágenes desde distintos puntos del hospital.  Evidencia: Reuniones entrega de guardias presencial y de manera virtual debido a la pandemia y la accesibilidad. Trabajo remoto gracias al Hugo Drive y compartir información de manera interna y externa. Agilidad de los procesos. Evaluaciones de desempeño automatizadas. MAYAM , LABPLUS, SGA.	
9. La agilidad en los procesos internos de la organización.	El diseño y la gestión de los distintos procesos, esta visualizado en el mapa de procesos de la institución, así como también el manual de funciones estandarizado por el MAP.  Evidencia: Encuesta de clima laboral, Manual de Funciones, Mapa de procesos	

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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	Se realizan acuerdos de desempeños con cada uno e los colaboradores, se realiza el PEI donde se establecen los objetivos y metas de la institución, elaboración de presupuestos, entre otras. Todo esto se mide a través de las encuestas de clima laboral, donde los colaboradores expresan su nivel de satisfacción con los lideres y directivos de a la organización.	

de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.

Evidencia: Encuesta de Clima laboral, Cantidad de acuerdos de desempeño firmadas por los colaboradores

2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.

El diseño y la gestión de los distintos procesos, esta visualizado en el mapa de procesos de la institución, así como también el manual de funciones estandarizado por el MAP.

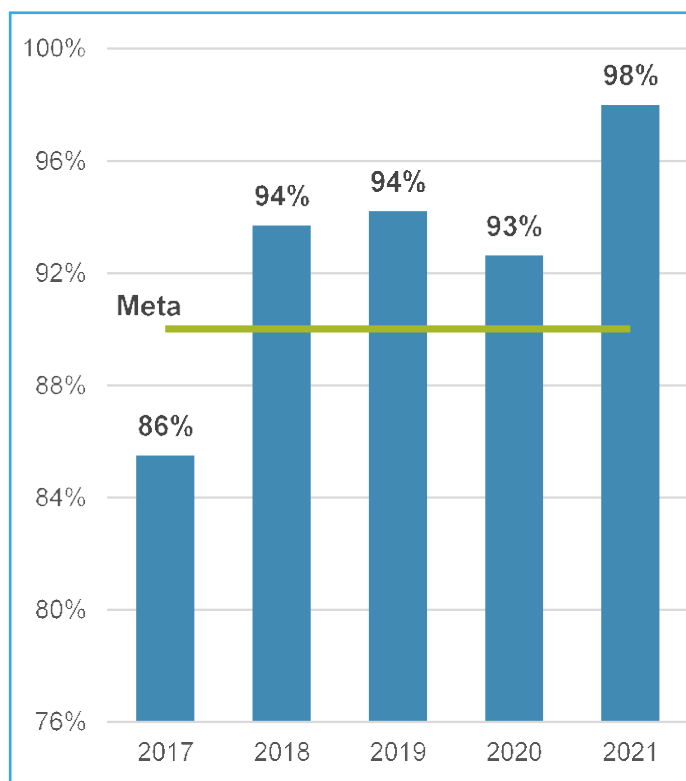
Evidencia: Encuesta de clima laboral, Manual de Funciones, Mapa de procesos



3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.

Las tareas son repartidas y evaluadas a través de los acuerdos de desempeño. Estos acuerdos son socializados y firmados por el supervisor inmediato y el colaborador. Estos son evaluados dos veces al año por parte de Gestión Humana. Estos resultados en conjunto con los indicadores son reportados en el balance score card, y la plantilla de evaluación acuerdos de desempeño.

Evidencia: Matriz evaluación resultados acuerdos de desempeño, Balance Score Card.



4. La gestión del conocimiento.

La gestión del conocimiento se gestiona a través del SGC y la plataforma intranet en el cual se suben todos los conocimientos del centro y las buenas prácticas con el fin de compartirlas y estandarizarlas para los demás colaboradores.

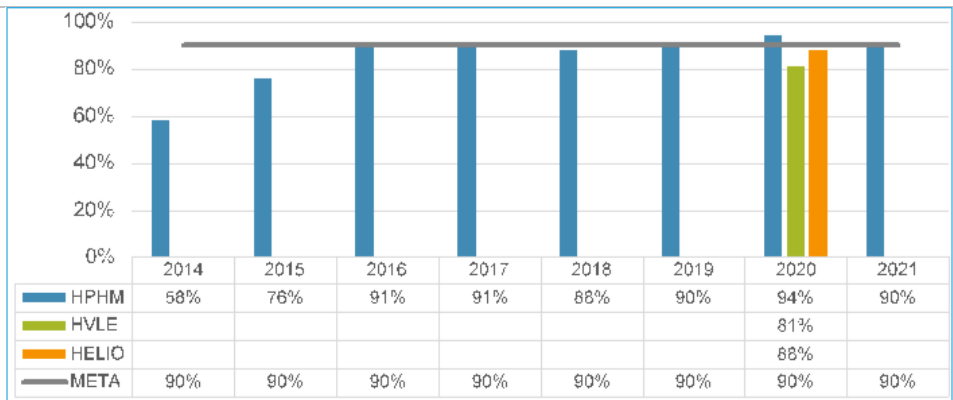
	Evidencia: Intranet y SGC																					
5. La comunicación interna y las medidas de información.	<p>El HPHM ha desplegado una comunicación interna que impacte la mayor cantidad de colaboradores posibles. Desde el correo electrónico comunicaciones se puede enviar correos masivos a todos los correos creados y en funcionamiento de los colaboradores activos. De igual forma se han creado grupos de whatsapp de altos mandos y medios con el fin de que las informaciones puedan fluir de manera más efectiva y de facil reenvío a los demás colaboradores.</p> <p>Evidencia: Correo electrónico, Grupos de whatsapp, circulares de comunicación asegurando que las informaciones lleguen a todos los niveles. En dados caso, también se realizan campañas dependiendo del tipo de información a socializar y de interés de todos los colaboradores.</p>																					
6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	<p>Mediante el índice de movilidad realizado por gestión humana, se evidencia que tanto el personal ha sido promovido de su posición. Aparte de esto se tiene la encuesta de clima laboral donde se evalúa este aspecto mediante la percepción de los colaboradores con relación al reconocimiento y promoción. La milla extra, política de reconocimiento y concursos, son medidas en los cuales son reconocidos los colaboradores.</p> <p>Evidencia: Cantidad de colaboradores reconocidos, Encuesta clima laboral, Indicé de movilidad, cantidad de propuestas en innovación,</p> <p style="text-align: center;"><b>Tabla 7b.2: Colaboradores reconocidos</b></p> <table border="1" data-bbox="611 1156 1522 1456"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cantidad</td> <td>4</td> <td>14</td> <td>24</td> <td>27</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="611 1325 1522 1456"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cantidad</td> <td>317</td> <td>283</td> <td>65</td> <td>115</td> </tr> </tbody> </table>	Año	2014	2015	2016	2017	Cantidad	4	14	24	27	Año	2018	2019	2020	2021	Cantidad	317	283	65	115	
Año	2014	2015	2016	2017																		
Cantidad	4	14	24	27																		
Año	2018	2019	2020	2021																		
Cantidad	317	283	65	115																		

7. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación.	<p>A través del concurso de innovación el hospital promueve e incentiva a los colaboradores presentar mejoras y buenas prácticas para ser implementadas en el centro. Esto se evidencia el aumento ascendente de las propuestas de 1 propuesta en 2016 a 22 para el 2018.</p> <p>Evidencia: Cantidad de concursos de innovación llevado a cabo + cantidad de propuestas de mejoras + cantidad de mejoras implementadas.</p>	

**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.	<p>A través de la encuesta de clima laboral se mide el nivel de satisfacción de los colaboradores con relación a las condiciones de trabajo dentro del centro. A través del PABE se realiza la gestión de gestión humana para crear un ambiente de trabajo adecuado, evitando problemas personales, mobbing laboral la cual mediante charlas se concientiza a los colaboradores y el comité de ética. La cultura de la organización se mide a través del índice de movilidad.</p> <p>Evidencia: Encuesta clima laboral, Índice de movilidad, Total atenciones PABE, salud ocupacional y cantidad de accidentes laborales.</p>	





2. El enfoque de los problemas sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, protección de la salud).

La tendencia positiva en términos de reducción en el índice de rotación, debido a, entre otras causas, la mejora en los procesos de selección y la Implantación del Programa de Asistencia y Bienestar de los Empleados (PABE). Por medio de la participación y promoción de iniciativas en todos los grupos de personas, la conciliación de la vida, de la reducción de estrés laboral, el hospital trata de regular y reducir el ausentismo para llevarlo y mantenerlo en la meta, o menor.

Evidencia: Índice de Rotación. Encuesta de clima laboral.

3. El manejo de la igualdad de oportunidades y equidad en el trato y comportamientos de la organización.

No regimos por la Ley 41-08 de Función Pública para otorgar el derecho que corresponda al servidor público. Este aspecto se mide la percepción de los colaboradores en este aspecto a través de la encuesta de clima laboral.

Evidencias: Ley 41-08, expediente de cada colaborador. Encuesta de clima laboral. Índice de movilidad. Cantidad de reconocimientos a colaboradores

4. Las instalaciones y las condiciones ambientales de trabajo.

Se evidencia la percepción positiva sobre el trato justo y el comportamiento en la organización, sobre la disposición del lugar y las condiciones ambientales. También el cumplimiento del plan de mantenimiento para el fortalecimiento y embellecimiento de las instalaciones del centro con su adecuada funcionalidad.

Evidencia: Encuesta de clima laboral. Ejecución plan de mantenimiento.

**Tabla 7a.1 Indicadores claves de la percepción de las personas**

Dimensiones	Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza								Comparaciones			
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	META 2021	HELIO	HVLE	HVPE
Valoración del clima	58%	76%	91%	91%	88%	90%	94%	90%	90%	88%	81%	75%
Liderazgo					87%	89%	91%	91%	90%	91%	65%	82%
Empoderamiento		61%	69%	79%	80%	84%	85%	81%	90%			
Reconocimiento		60%	69%	79%	86%	83%	85%	81%	90%	88%		
Conciliación de la vida laboral y familiar					86%	90%	99%	91%	90%			
Desarrollo profesional		70%	85%	80%	84%	86%	91%	88%	90%		56%	82%
Comunicación Interna						93%	93%	93%	90%			

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

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. Desarrollo sistemático de carrera y competencias.	Gestión Humana trabaja la parte del desarrollo de competencias de los colaboradores. Se promueve y planifica la movilidad interna, conforme a una Política de Planeación de Carrera que fue incluida en 2016 durante la actualización del Manual de Políticas de Recursos Humanos. Dicha política se implementa de manera gradual, habiendo iniciado su puesta en práctica con el grupo ocupacional que incluye a los encargados y coordinadores. Se actualizaron las planeaciones de carrera del grupo mencionado, al tiempo de incluir a colaboradores de áreas de gran cantidad de empleados. Se mantiene en marcha la ampliación del alcance de la planeación de carrera.	

Evidencia: Plan de Capacitaciones. Índice de Movilidad

Capacitaciones y alcance

Años	Capacitaciones		Colaboradores Capacitados	
	Meta	Realizadas	Meta	Cantidad
2016	33	35	825	983
2017	35	30	829	757
2018	25	22	300	538
2019	19	21	419	602
2020	20	16	316	308
2021	25	38	439	661
Total	157	162	3,128	3,849

2. Nivel de motivación y empoderamiento.

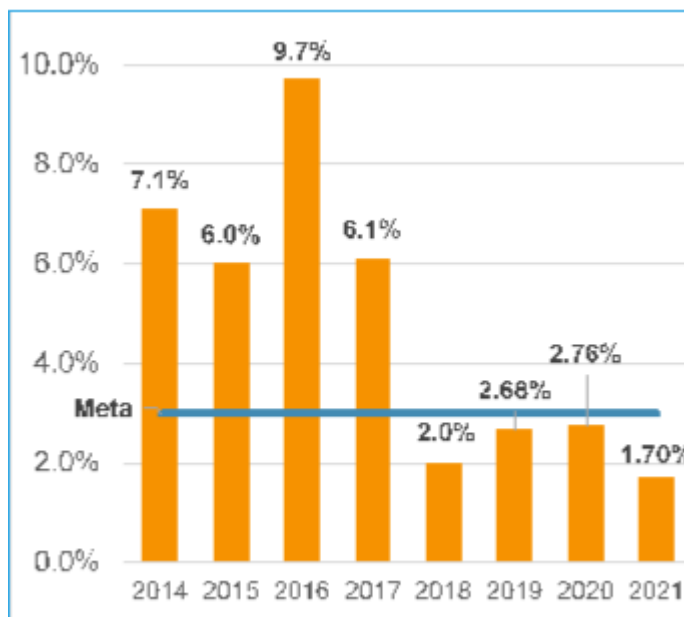
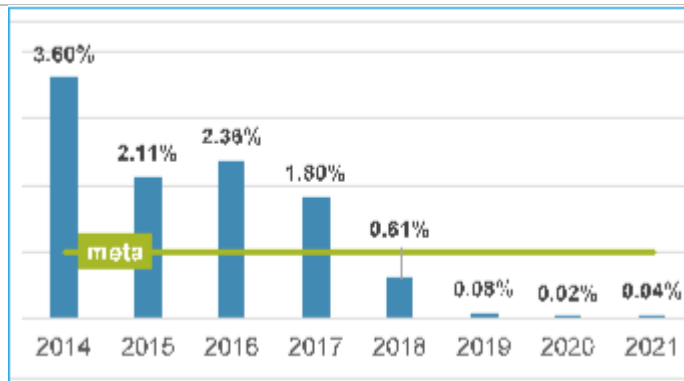
A través de charlas de motivación, empoderamiento y liderazgo, gestión humana promueve estos a todos los colaboradores. De igual forma se utiliza el círculo de desarrollo gerencial, coaching para los diferentes equipos de trabajo.

	Evidencia: Plan de capacitación. Cantidad de participantes y horas dadas, Encuesta de Clima Laboral	
3. El acceso y calidad de la formación y el desarrollo profesional.	<p>Evaluaciones de aumentos y mejoras en los acuerdos de desempeño a partir de capacitaciones y mejoras de procesos.</p> <p>Evidencia: Encuesta de clima laboral, Resultados de las evaluaciones de desempeño. Evaluaciones POA Y SISMAP SALUD</p>	

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

#### I. Resultados generales en las personas.

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora
I. 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>El HPHM cuenta con diferentes mecanismos para evaluar el desempeño de las personas.</p> <p>Evidencia: Índice de ausentismo, índice de rotación, Índice de Movilidad, Total atenciones de salud ocupacional</p>	



2. Nivel de participación en actividades de mejora.

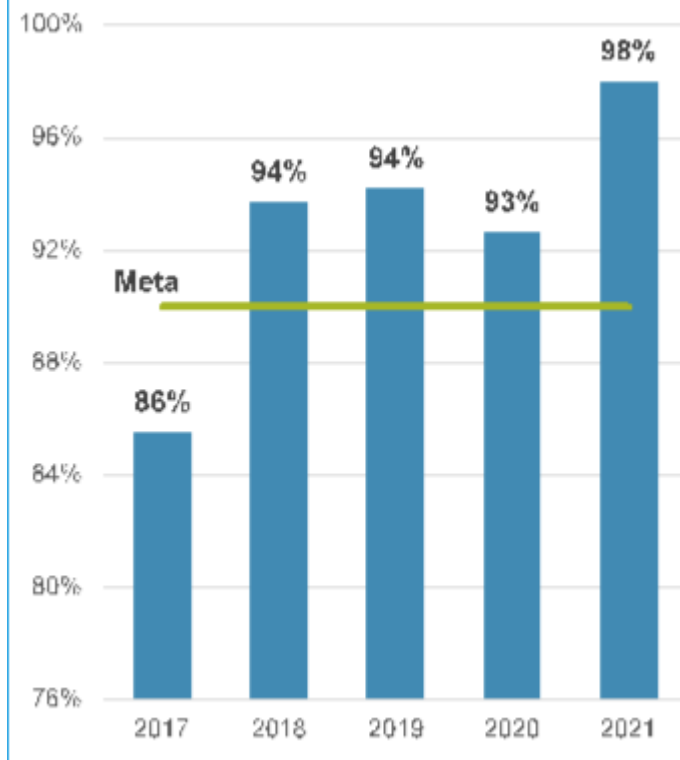
Como evidencia de los indicadores de motivación y la implicación el HPHM utiliza las encuestas de clima laboral y el concurso de innovación.

	Evidencia; Cantidad de propuestas realizadas en el concurso de innovación, Cantidad de reuniones comités, Encuestas clima laboral.	
3. El número de dilemas éticos (por ejemplo: posibles conflictos de intereses) reportados.	<p>El centro cuenta con el PABE y el comité de ética para el manejo de conflictos éticos y de interés dentro de la institución. Todo esto se maneja de manera discreta, como política de estos mecanismos/programas.</p> <p>Evidencia: Estadísticas asistencia PABE y Comité ético.</p>	
4. La frecuencia de la participación voluntaria en el contexto de actividades relacionadas con la responsabilidad social.	<p>De manera anual y semestral, los colaboradores pueden participar de manera voluntaria en los operativos médicos realizados en las distintas comunidades. También participan en otros operativos que surjan necesario, como, por ejemplo, jornada de descacharrización para evitar el dengue y el zika. Se cuenta con el programa de verano para jóvenes estudiantes.</p> <p>Evidencia: Política Jornada Medica, Programa el Hospital y la comunidad.</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>A través de las encuestas de percepción de los usuarios externos y el monitoreo de las llamadas call center se verifica el nivel de capacidad de los colaboradores para tratar con los ciudadanos clientes. Además de esto se tiene documentado las cantidades de charlas y talleres sobre humanización de los servicios, inteligencia emocional, manejo de conflictos entre otros.</p> <p>Evidencia: Resultados encuestas de satisfacción sobre el trato de los médicos, enfermeras y administrativos. Cantidad de talleres, charlas y horas de capacitaciones.</p>	

--	--	--

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

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
<p><b>Resultados de Indicadores relacionados con:</b></p> <p>± El rendimiento individual (por ejemplo: índices de productividad, resultados de las evaluaciones.</p>	<p>Gestión humana evalúa el rendimiento de individual de cada colaborador a través de los acuerdos de desempeño y la evaluación por competencias.</p> <p>Evidencia: Resultados evaluaciones de desempeño, régimen ético disciplinario y competencias.</p>	



2. El uso de herramientas digitales de información y comunicación.

El HPHM se asegura que todo colaborador de nuevo se le cree su correo electrónico con el nombre y apellido, acompañado del dominio del centro. El centro ha sido reconocido por la OPTIC como la segunda mejor institución a nivel nacional, en todos los sectores, en el uso de las TICS y número uno en el sector salud.

Evidencia: Uso intranet, cantidad de tickets generado en tecnología + cantidad de tickets resueltos. 5 certificaciones NORTIC, Cantidad de correos electrónicos /cantidad de colaboradores

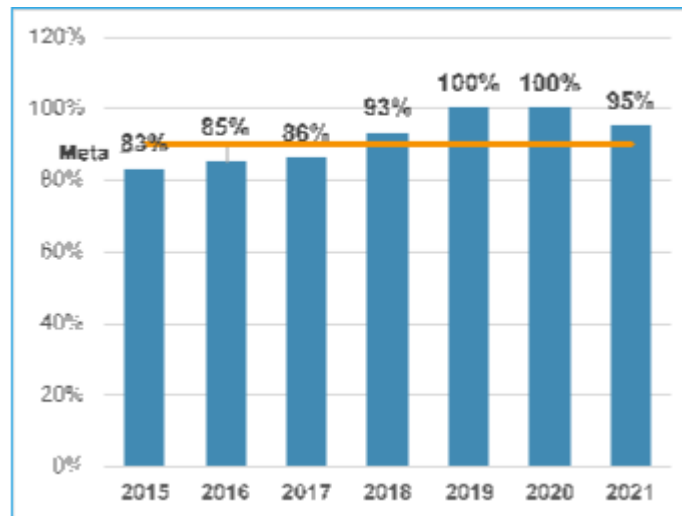


3. El desarrollo de las capacidades de habilidades y capacitación. (por ejemplo: tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).

Como parte de la medición del desarrollo de las capacidades, se tiene el nivel de cumplimiento del plan de capacitación, además la cantidad de horas de capacitación han recibido los colaboradores.

Evidencia: % Cumplimiento plan de capacitaciones, Cantidad de Horas impartidas. Cantidad de colaboradores capacitados

Gráfico 7b.6: Efectividad de las capacitaciones



4. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.	Mediante la política de acción afirmativa y reconocimiento a empleados, se reconoce dos veces al año a los grupos que modelen los valores del centro.  Evidencia: Cantidad de reconocimientos al año de los colaboradores y grupos de trabajo. Concurso Misión Visión y valores, La milla extra	
--	---	--

**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
I. 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.	A través de las encuestas a los grupos de internes, se percibe el nivel de satisfacción de los ciudadanos sobre la importancia y el papel que tiene el hospital con la comunidad. Actividades como jornada médica, programa de verano, acciones que cambian vida, el hospital con la comunidad un juguete hace la diferencia, son partes del compromiso del hospital con la comunidad.  Evidencia: Encuestas de percepción grupo de interés.	

**Tabla 8a.1 Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza  
Nivel de satisfacción de la comunidad, según atributo. 2021**

Atributo	Meta	Resultado
Cumplimiento expectativas y necesidades	90%	92%
Aporte del HPHM a la sociedad con programas y actividades	90%	90%
Recomendación del HPHM a terceros	90%	92%
<b>Satisfacción global de la comunidad</b>	<b>90%</b>	<b>91%</b>

**Fuente: Encuesta de Satisfacción a Usuarios Externos del HPHM**

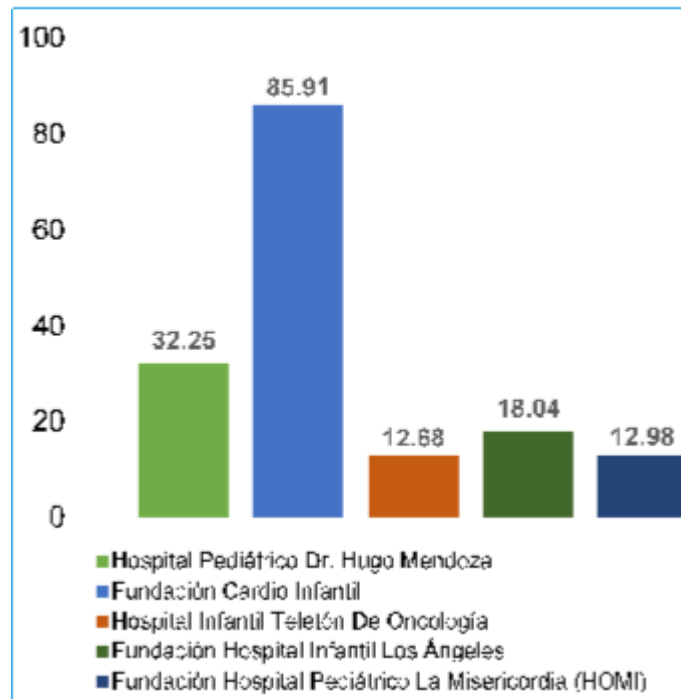
2. La reputación de la organización como contribuyente a la sociedad local / global.

El HPHM realiza encuestas de percepción a los líderes comunitarios y grupos de interés, donde se refleja el nivel de satisfacción de estos con el hospital con relación a la reputación, posición e importancia del centro en la comunidad, en conjunto con sus aportes.

Evidencia: Encuestas Líderes comunitarios y Grupo de interés

Realizar encuestas de satisfacción Grupo de Interés

Gráfico 3a.1. Índice de Prestigio Hospitales Pediátricos de la región, 2021



**Tabla 8a.1 Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza  
Nivel de satisfacción de la comunidad, según atributo. 2021**

Atributo	Meta	Resultado
Cumplimiento expectativas y necesidades	90%	92%
Aporte del HPHM a la sociedad con programas y actividades	90%	90%
Recomendación del HPHM a terceros	90%	92%
<b>Satisfacción global de la comunidad</b>	<b>90%</b>	<b>91%</b>

**Fuente: Encuesta de Satisfacción a Usuarios Externos del HPHM**

3. El impacto de la organización en el desarrollo económico de la comunidad y el país.

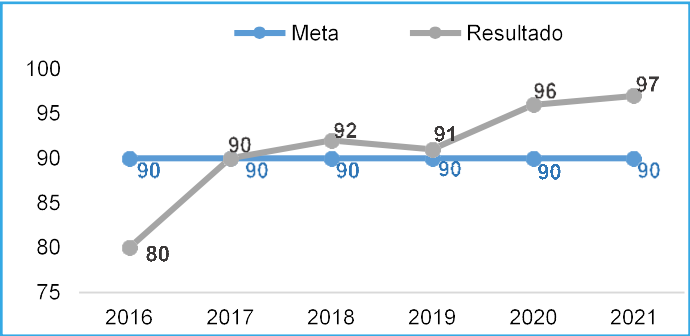
El centro tiene una valoración positiva en los aspectos generales, y consideran que la presencia del hospital en la comunidad ha significado un cambio positivo. Se han obtenido resultados por parte de los participantes, que piensan que el hospital es una institución que hace buenos aportes al país y a la comunidad de Santo Domingo Norte.

En el mismo orden, 96.6% de los participantes considera que la existencia del hospital ha significado cambios positivos en los gastos de las familias para asuntos de salud. En este sentido las personas consideran que el hospital contribuye a que las familias del municipio Santo Domingo Norte puedan tener una mejor salud a largo plazo, impactando de manera positiva en la sostenibilidad de la comunidad, reflejando así el aporte sustancial a la mitigación del impacto económico que suponen las enfermedades en las familias.

Evidencia: Encuesta de percepción líderes comunitarios y grupos de interés

4. El impacto de la organización en la calidad de la democracia, la transparencia, el comportamiento

De acuerdo a los resultados de las encuestas de percepción a los líderes comunitarios, el hospital es una institución que hace aportes significativos al país y al municipio de

<p>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>Santo Domingo Norte en el marco de la interacción que la institución tiene con la comunidad y el medio ambiente.</p> <p>Evidencia: Encuesta de percepción líderes comunitarios y grupos de interés. Evaluación de la DIGEIG 100% Transparencia.</p> <p><b>Gráfico 8b.2. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza</b>  <b>Meta y resultado anual calificación portal de transparencia institucional. 2016 - 2021</b></p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Meta</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016</td> <td>90</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>90</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>90</td> <td>92</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>90</td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>90</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>90</td> <td>97</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Meta	Resultado	2016	90	80	2017	90	90	2018	90	92	2019	90	91	2020	90	96	2021	90	97	
Año	Meta	Resultado																					
2016	90	80																					
2017	90	90																					
2018	90	92																					
2019	90	91																					
2020	90	96																					
2021	90	97																					
<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>De acuerdo a los resultados de las encuestas de percepción a los líderes comunitarios, el hospital es una institución que hace aportes significativos al país y al municipio de Santo Domingo Norte en el marco de la interacción que la institución tiene con la comunidad y el medio ambiente.</p> <p>Encuesta de percepción líderes comunitarios y grupos de interés</p>																						

**Tabla 8a.1 Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza  
Nivel de satisfacción de la comunidad, según atributo. 2021**

Atributo	Meta	Resultado
Cumplimiento expectativas y necesidades	90%	92%
Aporte del HPHM a la sociedad con programas y actividades	90%	90%
Recomendación del HPHM a terceros	90%	92%
<b>Satisfacción global de la comunidad</b>	<b>90%</b>	<b>91%</b>

**Fuente: Encuesta de Satisfacción a Usuarios Externos del HPHM**

6. Toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización en la seguridad y movilidad.

De acuerdo a los resultados de las encuestas de percepción a los líderes comunitarios, el hospital es una institución que hace aportes significativos al país y al municipio de Santo Domingo Norte en el marco de la interacción que la institución tiene con la comunidad y el medio ambiente.

Evidencia: Encuesta de percepción líderes comunitarios y grupos de interés

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.).

De acuerdo a los resultados de las encuestas de percepción a los líderes comunitarios, el hospital es una institución que hace aportes significativos al país y al municipio de Santo Domingo Norte en el marco de la interacción que la institución tiene con la comunidad y el medio ambiente.

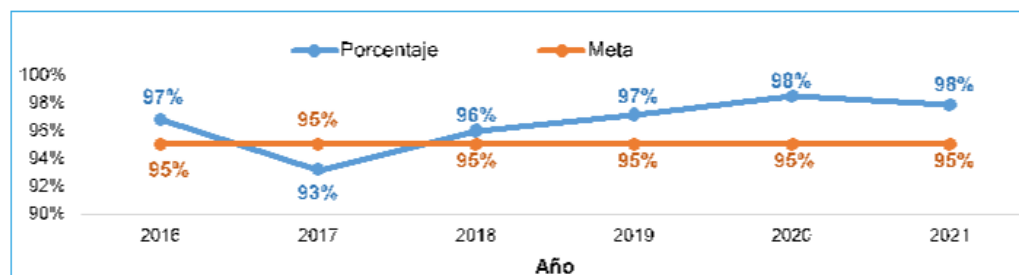
Encuesta de percepción líderes comunitarios y grupos de interés.

8. Cantidad de felicitaciones y sugerencias recibidas de pacientes y usuarios.

La gerencia de calidad de manera semanal registra en la matriz de quejas y sugerencias todas las quejas, felicitaciones y sugerencias de los ciudadanos dejados en los distintos buzones que están dentro del centro en los diferentes niveles y también de las redes sociales. Esta matriz se envía de manera mensual a los órganos rectores y se registran en el POA

Evidencia: Encuesta de grupos de interés, Buzones de quejas y sugerencias, Comentarios Redes sociales, mensajes directos redes sociales.

Gráfico 6b.6  
Meta y resultado porcentaje de atención a quejas y sugerencias. 2016 - 2021



## SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

Indicadores de responsabilidad social:

Documento Externo  
SGC-MAP



Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora																																										
<p>I. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo: presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados, utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).</p>	<p>El centro ha implementado el sistema de agua COWAY el cual utiliza el agua proveniente de los acueductos. Esto se ha visto reflejado en la reducción de compras de botellones de agua. Para preservar y mantener los recursos, contamos con la tasa de reducción de papel en el HPHM como objetivo en el marco de un hospital verde y de reducción de coste en los materiales gastables.</p> <p>Evidencia: Tasa de reducción de uso de papel, Tasa de reducción de compras de botellones de agua. Cantidad de papel reciclado.</p> <p>Cuadro 8a.2</p> <p>Comparación Objetivos Hospitales Verdes y Saludables</p> <table border="1" data-bbox="445 724 1843 1385"> <thead> <tr> <th data-bbox="445 724 634 954">Objetivos</th> <th data-bbox="634 724 852 954">Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza</th> <th data-bbox="852 724 1050 954">Hospital Docente Semma</th> <th data-bbox="1050 724 1247 954">Hospital Fundación Infantil Los Ángeles</th> <th data-bbox="1247 724 1444 954">Fundación Cardio Infantil</th> <th data-bbox="1444 724 1642 954">Hospital Infantil Teletón de Oncología</th> <th data-bbox="1642 724 1843 954">Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia (HOMI)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="445 954 634 1036">Liderazgo</td> <td data-bbox="634 954 852 1036">X</td> <td data-bbox="852 954 1050 1036">✓</td> <td data-bbox="1050 954 1247 1036">✓</td> <td data-bbox="1247 954 1444 1036">X</td> <td data-bbox="1444 954 1642 1036">X</td> <td data-bbox="1642 954 1843 1036">X</td> </tr> <tr> <td data-bbox="445 1036 634 1149">Sustancias químicas</td> <td data-bbox="634 1036 852 1149">X</td> <td data-bbox="852 1036 1050 1149">X</td> <td data-bbox="1050 1036 1247 1149">X</td> <td data-bbox="1247 1036 1444 1149">X</td> <td data-bbox="1444 1036 1642 1149">X</td> <td data-bbox="1642 1036 1843 1149">X</td> </tr> <tr> <td data-bbox="445 1149 634 1230">Residuos</td> <td data-bbox="634 1149 852 1230">✓</td> <td data-bbox="852 1149 1050 1230">✓</td> <td data-bbox="1050 1149 1247 1230">✓</td> <td data-bbox="1247 1149 1444 1230">X</td> <td data-bbox="1444 1149 1642 1230">X</td> <td data-bbox="1642 1149 1843 1230">✓</td> </tr> <tr> <td data-bbox="445 1230 634 1312">Energía</td> <td data-bbox="634 1230 852 1312">✓</td> <td data-bbox="852 1230 1050 1312">X</td> <td data-bbox="1050 1230 1247 1312">✓</td> <td data-bbox="1247 1230 1444 1312">X</td> <td data-bbox="1444 1230 1642 1312">X</td> <td data-bbox="1642 1230 1843 1312">X</td> </tr> <tr> <td data-bbox="445 1312 634 1385">Agua</td> <td data-bbox="634 1312 852 1385">✓</td> <td data-bbox="852 1312 1050 1385">✓</td> <td data-bbox="1050 1312 1247 1385">✓</td> <td data-bbox="1247 1312 1444 1385">X</td> <td data-bbox="1444 1312 1642 1385">X</td> <td data-bbox="1642 1312 1843 1385">✓</td> </tr> </tbody> </table>	Objetivos	Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza	Hospital Docente Semma	Hospital Fundación Infantil Los Ángeles	Fundación Cardio Infantil	Hospital Infantil Teletón de Oncología	Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia (HOMI)	Liderazgo	X	✓	✓	X	X	X	Sustancias químicas	X	X	X	X	X	X	Residuos	✓	✓	✓	X	X	✓	Energía	✓	X	✓	X	X	X	Agua	✓	✓	✓	X	X	✓	
Objetivos	Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza	Hospital Docente Semma	Hospital Fundación Infantil Los Ángeles	Fundación Cardio Infantil	Hospital Infantil Teletón de Oncología	Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia (HOMI)																																						
Liderazgo	X	✓	✓	X	X	X																																						
Sustancias químicas	X	X	X	X	X	X																																						
Residuos	✓	✓	✓	X	X	✓																																						
Energía	✓	X	✓	X	X	X																																						
Agua	✓	✓	✓	X	X	✓																																						

Transporte	X	X	X	X	X	X
Alimentos	X	X	X	X	X	X
Productos Farmacéuticos	X	X	✓	X	X	X
Edificios	X	X	X	X	X	X
Compras	X	X	X	X	X	X

Fuente: Página web oficial Red Global de Hospitales Verdes y Saludables. 2021

Gráfico 3b.3. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza  
Meta y resultado anual unidades de cartón recicladas.  
2015 - 2021

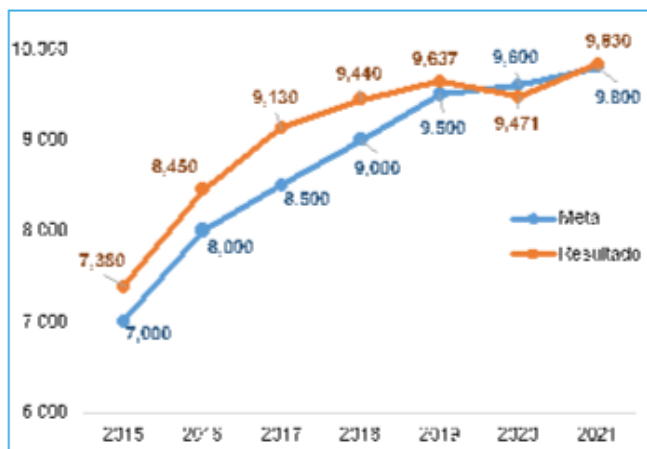
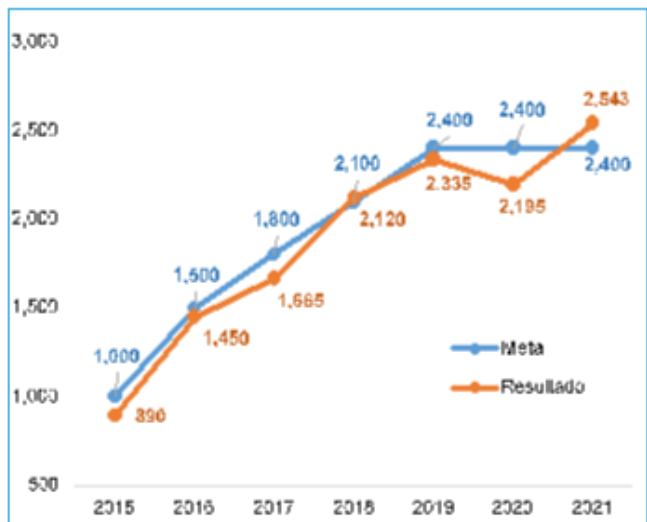


Gráfico 3b.4. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza  
Meta y resultado anual unidades de plástico recicladas.  
2015 - 2021



<p>2. Frecuencia de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.</p>	<p>De manera anual se realizan y de ser necesario se realizan encuentros con los grupos de interés con el fin de conocer sus necesidades y expectativas. De igual forma, para cada actividad de interés para los ciudadanos y la comunidad se invita y participan los grupos de interés. El HPHM también realiza jornadas y campañas en la comunidad lo cual involucra de manera directa parte de los grupos de interés.</p> <p>EVIDENCIA: Encuesta Lideres comunitarios. Reuniones lideres comunitarios, actividades realizadas en la comunidad (jornadas medicas)</p>																																																																															
<p>3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).</p>	<p>El HPHM cuenta con plan de comunicaciones el cual realiza publicaciones a periódicos, revistas, se realiza media tour por diferentes canales de televisión y emisoras. Se realiza boletines informativos el cual también es enviado a los diferentes medios de comunicación. El grado de importancia de la cobertura de los medios de comunicación se mide a través de las visitas recibidas y benchlearnings recibidos luego de cada publicación, y el aumento de la demanda de los diferentes servicios.</p> <p>Evidencia: Matriz de comunicaciones, Cantidad de publicaciones en medios de comunicaciones. Reporte 67<sup>a</sup></p> <p>Metas y resultados indicadores por año, según tipo red social</p> <table border="1" data-bbox="443 802 1848 1388"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">Red social Indicador</th> <th colspan="2">2017</th> <th colspan="2">2018</th> <th colspan="2">2019</th> <th colspan="2">2020</th> <th colspan="2">2021</th> </tr> <tr> <th>Meta</th> <th>Resultado</th> <th>Meta</th> <th>Resultado</th> <th>Meta</th> <th>Resultado</th> <th>Meta</th> <th>Resultado</th> <th>Meta</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Twitter</td> <td>Seguidores</td> <td>1000</td> <td>1125</td> <td>1300</td> <td>1398</td> <td>1600</td> <td>1524</td> <td>1900</td> <td>1736</td> <td>2000</td> <td>1952</td> </tr> <tr> <td>Publicaciones</td> <td>100</td> <td>125</td> <td>150</td> <td>158</td> <td>200</td> <td>234</td> <td>300</td> <td>299</td> <td>200</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>Solicitud de información</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>13</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>10</td> <td>6</td> <td>10</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Instagram</td> <td>Seguidores</td> <td>4500</td> <td>4236</td> <td>5500</td> <td>5629</td> <td>7000</td> <td>6254</td> <td>7500</td> <td>7125</td> <td>8000</td> <td>8068</td> </tr> <tr> <td>Publicaciones</td> <td>100</td> <td>125</td> <td>150</td> <td>158</td> <td>200</td> <td>234</td> <td>300</td> <td>299</td> <td>400</td> <td>370</td> </tr> </tbody> </table>	Red social Indicador		2017		2018		2019		2020		2021		Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Twitter	Seguidores	1000	1125	1300	1398	1600	1524	1900	1736	2000	1952	Publicaciones	100	125	150	158	200	234	300	299	200	70	Solicitud de información	10	10	10	13	10	8	10	6	10	8	Instagram	Seguidores	4500	4236	5500	5629	7000	6254	7500	7125	8000	8068	Publicaciones	100	125	150	158	200	234	300	299	400	370
Red social Indicador				2017		2018		2019		2020		2021																																																																				
		Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado																																																																					
Twitter	Seguidores	1000	1125	1300	1398	1600	1524	1900	1736	2000	1952																																																																					
	Publicaciones	100	125	150	158	200	234	300	299	200	70																																																																					
	Solicitud de información	10	10	10	13	10	8	10	6	10	8																																																																					
Instagram	Seguidores	4500	4236	5500	5629	7000	6254	7500	7125	8000	8068																																																																					
	Publicaciones	100	125	150	158	200	234	300	299	400	370																																																																					

	Solicitud de información	20	20	30	35	50	88	250	340	500	654
Facebook	Seguidores	3500	3258	4500	3958	5500	4898	5500	5020	6000	5601
	Publicaciones	100	125	150	158	200	234	300	299	400	370
	Solicitud de información	10	3	10	8	20	15	20	13	25	23

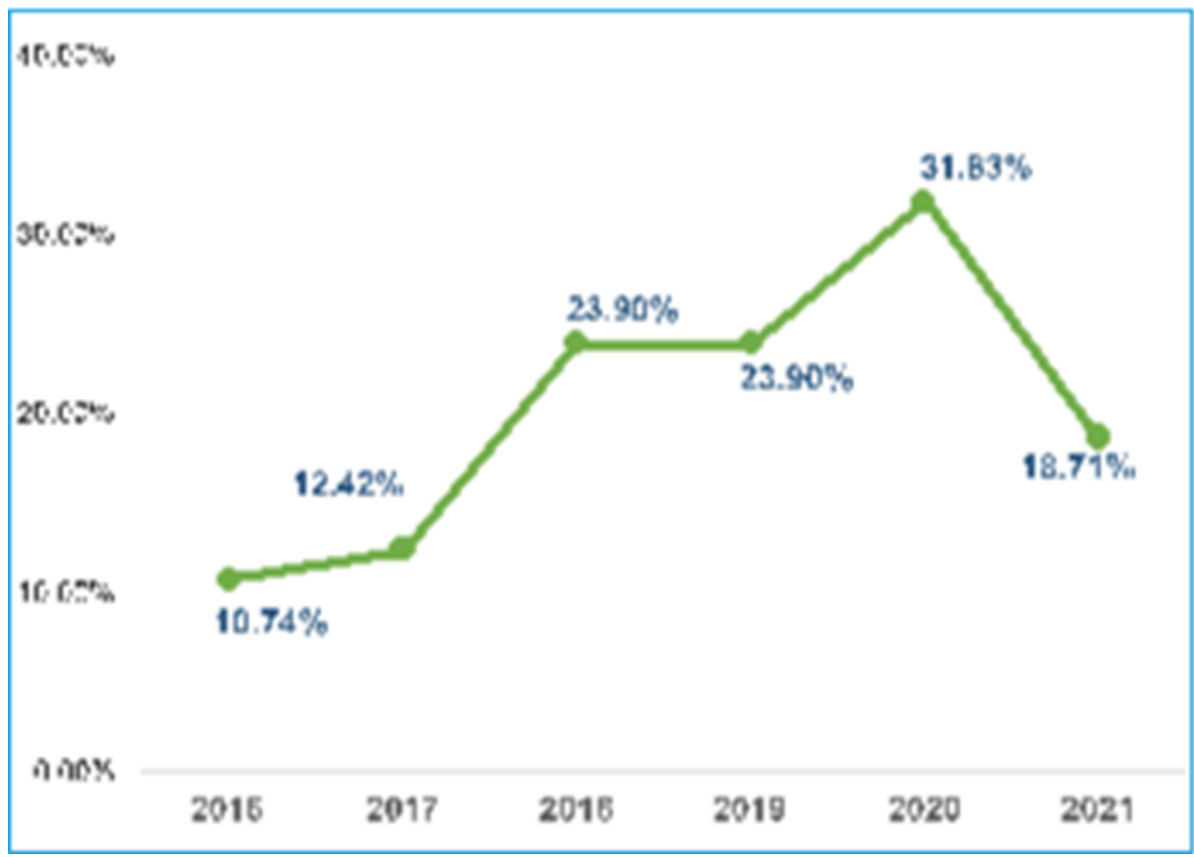
Fuente: Departamento de Comunicaciones del HPHM. 2021

4. Apoyo sostenido como empleador a las políticas sobre diversidad, integración y aceptación de minorías étnicas y personas socialmente desfavorecidas, por ejemplo: programas/proyectos específicos para emplear a minorías, discapacitados, número de beneficiarios, etc.).

El HPHM exonera de pagos a pacientes que no pueden cubrir sus gastos. Mensual el centro ha exonerados más de 10 millones pesos en totales. Desde la apertura de la unidad de endoscopia, la unidad ha tratado a miles de pacientes cuyas intervenciones han sido exitosas. El estudio coste - efectividad de la Unidad de Endoscopia realizado en el centro refleja el ahorro que resulta a favor de los pacientes cuando prefieren utilizar los servicios de HPHM en este aspecto.

Evidencia: Reportes Financieros de Exoneraciones. Total, de atenciones Unidad de Endoscopia.

**Gráfico 8.b.1. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza**  
**Porcentaje de exoneraciones en relación a la facturación total.**  
**2016-2021**



5. Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en

El HPHM, como ente responsable respecto a las políticas de diversidad étnicas y de personas en situación de desventaja, a través de la política de acción afirmativa ha contratado personas con estas condiciones. El hospital cuenta con no videntes, sordo mudos, autismo, síndrome de Down, entre otros.

actividades  
filantrópicas.

Evidencia: Cantidad de empleados con capacidades especiales a través del tiempo. Política acción afirmativa

**Gráfico 8.b.1. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza**  
**Porcentaje de exoneraciones en relación a la facturación total.**  
**2016-2021**



<p>6. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros. (Número de conferencias organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).</p>	<p>En lo referente al intercambio productivo de conocimiento e información con otros la institución realiza conferencias abiertas anualmente, benchlearnings, como, por ejemplo, conocimientos sobre CAF a 27 hospitales (pro hospital), carta compromiso, EFQM, Manejo de la excelencia en la gestión hospitalaria, entre otros.</p> <p>Evidencia: Cantidad de Benchlearnings Realizados.</p>	
<p>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).</p>	<p>En cuanto a la prevención de riesgos, la Unidad de Salud Ocupacional del Hospital implementa un Plan de Vacunación de Empleados como seguimiento y seguimiento de cada empleado para aplicar las vacunas relevantes para reducir el impacto de las enfermedades inmunoprevenible. Se realizan análisis médicos a todo el personal de contacto crítico en distintas áreas, y se pone en tratamiento aquellos que presentan hallazgos. Se encuentra el Programa de asistencia al empleado PABE donde se le ayuda a los colaboradores con distintas consultas y ayuda, como finanzas, jurídico y manejo nutricional.</p> <p>Evidencia: Pruebas médicas al personal, Cantidad de colaboradores vacunados. Cantidad de talleres de salud a colaboradores programados y otorgados. Costo de los talleres de capacitación a través del plan de capacitación. Número de empleados asistidos a través del PABE.</p>	
<p>8. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).</p>	<p>La gestión administrativo financiero realizada cada año el informe de sostenibilidad del centro y se muestra la comparación el año anterior de gestión. También se reporta a través de las memorias institucional.</p> <p>Evidencia: Balance General, Informe de sostenibilidad financiera, Memorias institucional.</p>	



Gráfico 3b.3. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza  
Meta y resultado anual unidades de cartón recicladas.  
2015 - 2021

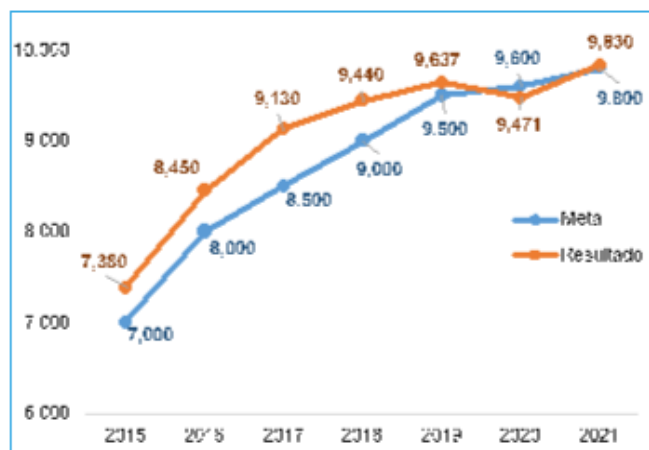
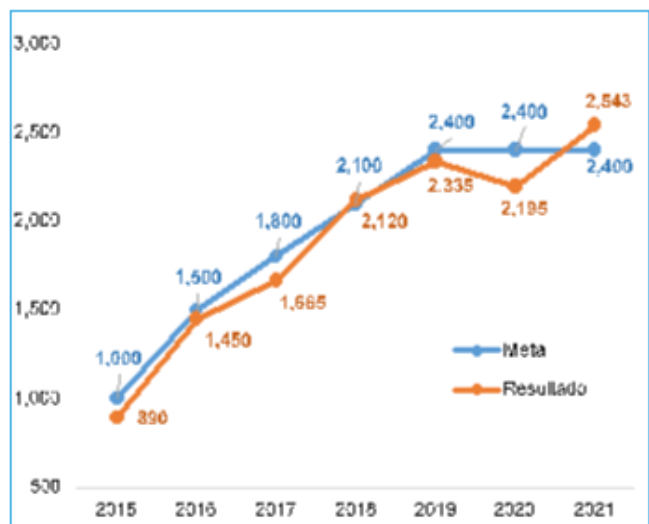


Gráfico 3b.4. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza  
Meta y resultado anual unidades de plástico recicladas.  
2015 - 2021

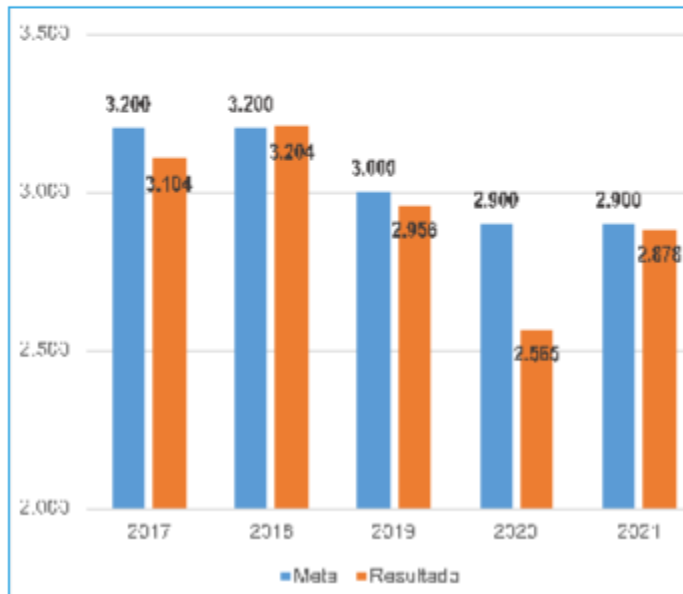


9. Reducción del consumo energético, consumo de kilovatios por día.

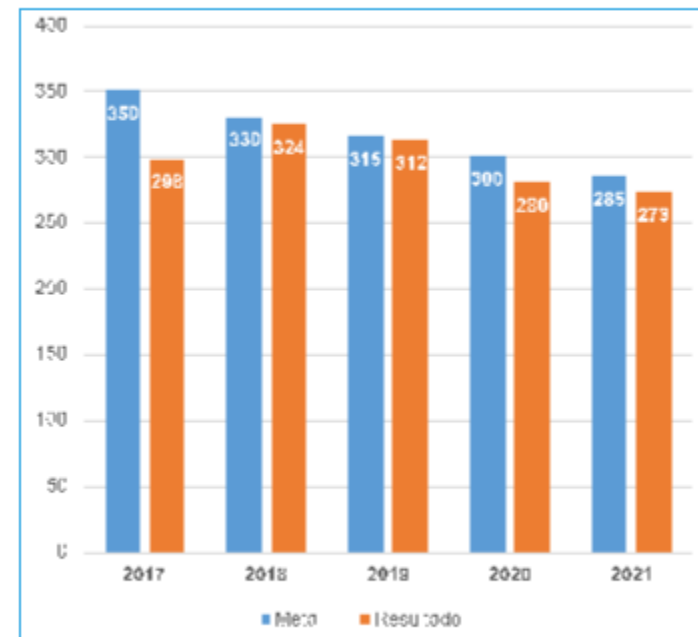
La gerencia de mantenimiento realiza campañas y concientización sobre el uso energético del centro y concientizar al apagar los equipos, luces y otros equipos de consumo de energía. Desde presidencia se tiene un proyecto de colocar paneles solares al complejo sanitario con el fin de reducir considerablemente el uso de energía y utilizar energía limpia.

Evidencia: Informe de consumo energético, Charlas y campañas de protección del medio ambiente.

**Gráfico 8b.5. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza  
Meta y resultado anual consumo de energía (Kwh).  
2017 - 2021**



**Gráfico 8b.6. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza  
Meta y resultado anual consumo de agua (miles de litros).  
2017 - 2021**



10. Uso de incinerador para los residuos médicos.	NO APLICA, SE REALIZAN DISPOSICIÓN FINAL CON AIDSA - EVIDENCIA CONTRATO CON ADISA	
11. Política de residuos y de reciclado.	<p>El HPHM contiene una política de gestión ambiental y responsabilidad social el cual impacta de manera directa los Objetivos de Desarrollo Sostenible que de por si gestiona de manera directa el medio ambiente. Con el contrato con AIDSA y Greenlove el centro recicla cartones y plásticos, y maneja de manera eficiente los residuos teniendo disposiciones finales que no impactan negativamente el medio ambiente.</p> <p>Evidencia: Gestión medioambiental política ODS , Procedimiento Bioseguridad y manejo de desechos</p>	

Gráfico 3b.3. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza  
Meta y resultado anual unidades de cartón recicladas.  
2015 - 2021

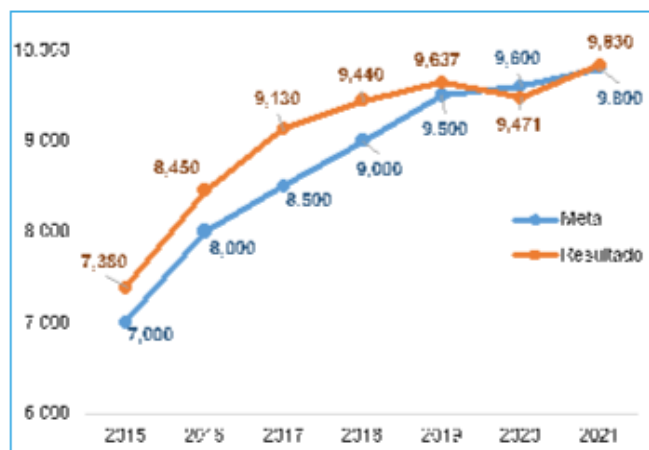
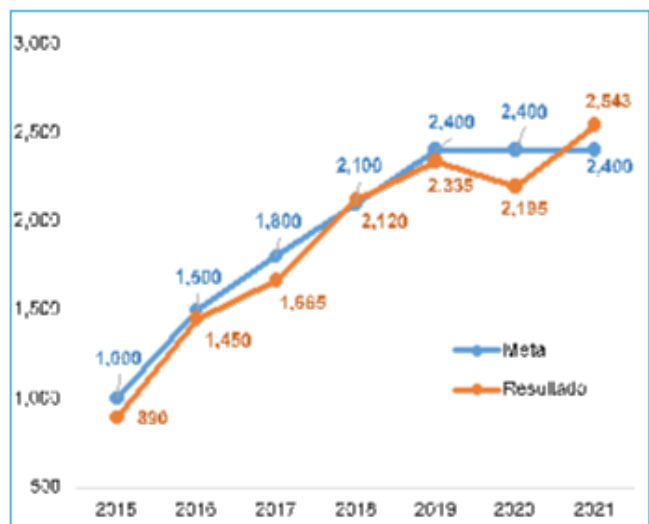










Gráfico 3b.4. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza  
Meta y resultado anual unidades de plástico recicladas.  
2015 - 2021



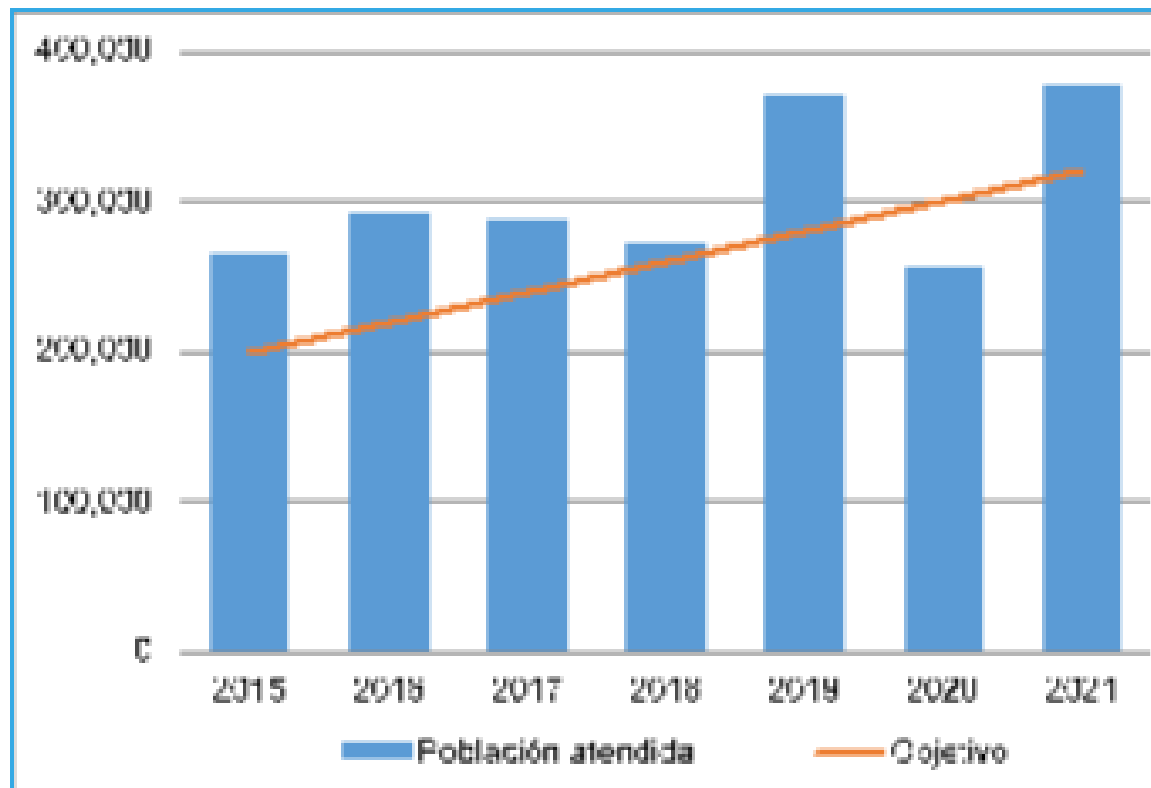
**CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.**

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

**SUBCRITERIO 9.I. Resultados externos: producto y valor público.**

Ejemplos	Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)	Áreas de Mejora																																																																																												
<p>I. Resultados en términos de cantidad y calidad de servicios y productos.</p>	<p>Los resultados en términos de salida de los servicios ofrecidos por el hospital son evidenciados y documentados en los reportes de 67ª el cual, mensualmente detalla el nivel de producción de servicio presenta el centro en los diferentes procesos. El análisis de calidad de estos se mide a través de las encuestas de satisfacción de los servicios y las quejas presentadas.</p> <p>Evidencia: Reporte 67ª y 72ª, Tablero de Mando, Encuesta de Satisfacción usuario externos. SGA,</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; justify-content: space-around;"> <div style="width: 25%;"> <p> <b>9.220</b> Total de consultas externas</p> <table border="1"> <tr><td>6.742</td><td>73,12%</td></tr> <tr><td><i>1ra Vez</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>2.478</td><td>26,88%</td></tr> <tr><td><i>Subsecuentes</i></td><td>%</td></tr> </table> </div> <div style="width: 25%;"> <p> <b>1.281</b> Total de emergencias</p> <table border="1"> <tr><td>23</td><td>1,80 %</td></tr> <tr><td><i>Via 911</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>1.255</td><td>97,97%</td></tr> <tr><td><i>Propios medi...</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>0</td><td>0,00 %</td></tr> <tr><td><i>Referidas</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>1</td><td>0,08%</td></tr> <tr><td><i>Otros medios</i></td><td>%</td></tr> </table> </div> <div style="width: 25%;"> <p> <b>22.290</b> Total de pruebas de laboratorio</p> <table border="1"> <tr><td>8.881</td><td>39,84%</td></tr> <tr><td><i>Ambulatorios</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>4.344</td><td>19,49%</td></tr> <tr><td><i>Emergencias</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>9.065</td><td>40,67%</td></tr> <tr><td><i>Hospitalizados</i></td><td>%</td></tr> </table> </div> <div style="width: 25%;"> <p> <b>3.476</b> Total de pruebas de imágenes</p> <table border="1"> <tr><td>1.541</td><td>44,33%</td></tr> <tr><td><i>Ambulatorios</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>1.487</td><td>42,78%</td></tr> <tr><td><i>Emergencias</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>448</td><td>12,89%</td></tr> <tr><td><i>Hospitalizados</i></td><td>%</td></tr> </table> </div> </div> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="width: 25%;"> <p> <b>1.377</b> Total de hospitalizaciones</p> <table border="1"> <tr><td>1.294</td><td>93,97%</td></tr> <tr><td><i>Total Egresos</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>1.279</td><td>98,84%</td></tr> <tr><td><i>Altas</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>15</td><td>1,16%</td></tr> <tr><td><i>Defunciones</i></td><td>%</td></tr> </table> </div> <div style="width: 25%;"> <p> <b>235</b> Total de cirugías</p> <table border="1"> <tr><td>150</td><td>63,83%</td></tr> <tr><td><i>Cirugia mayor</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>85</td><td>36,17 %</td></tr> <tr><td><i>Cirugia menor</i></td><td>%</td></tr> </table> </div> <div style="width: 25%;"> <p> <b>0</b> Total de partos</p> <table border="1"> <tr><td>0</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td><i>Via cesárea</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>0</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td><i>Via vaginal</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>0</td><td>0,00 %</td></tr> <tr><td><i>Gemelares</i></td><td><i>Multiples &gt; 2</i></td></tr> </table> </div> <div style="width: 25%;"> <p> <b>0</b> Total de nacimientos</p> <table border="1"> <tr><td>0</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td><i>Baja peso</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>0</td><td>0,00%</td></tr> <tr><td><i>Prematuros</i></td><td>%</td></tr> <tr><td>0</td><td>0,00 %</td></tr> <tr><td><i>Mal formación</i></td><td>%</td></tr> </table> </div> </div>	6.742	73,12%	<i>1ra Vez</i>	%	2.478	26,88%	<i>Subsecuentes</i>	%	23	1,80 %	<i>Via 911</i>	%	1.255	97,97%	<i>Propios medi...</i>	%	0	0,00 %	<i>Referidas</i>	%	1	0,08%	<i>Otros medios</i>	%	8.881	39,84%	<i>Ambulatorios</i>	%	4.344	19,49%	<i>Emergencias</i>	%	9.065	40,67%	<i>Hospitalizados</i>	%	1.541	44,33%	<i>Ambulatorios</i>	%	1.487	42,78%	<i>Emergencias</i>	%	448	12,89%	<i>Hospitalizados</i>	%	1.294	93,97%	<i>Total Egresos</i>	%	1.279	98,84%	<i>Altas</i>	%	15	1,16%	<i>Defunciones</i>	%	150	63,83%	<i>Cirugia mayor</i>	%	85	36,17 %	<i>Cirugia menor</i>	%	0	0,00%	<i>Via cesárea</i>	%	0	0,00%	<i>Via vaginal</i>	%	0	0,00 %	<i>Gemelares</i>	<i>Multiples &gt; 2</i>	0	0,00%	<i>Baja peso</i>	%	0	0,00%	<i>Prematuros</i>	%	0	0,00 %	<i>Mal formación</i>	%	
6.742	73,12%																																																																																													
<i>1ra Vez</i>	%																																																																																													
2.478	26,88%																																																																																													
<i>Subsecuentes</i>	%																																																																																													
23	1,80 %																																																																																													
<i>Via 911</i>	%																																																																																													
1.255	97,97%																																																																																													
<i>Propios medi...</i>	%																																																																																													
0	0,00 %																																																																																													
<i>Referidas</i>	%																																																																																													
1	0,08%																																																																																													
<i>Otros medios</i>	%																																																																																													
8.881	39,84%																																																																																													
<i>Ambulatorios</i>	%																																																																																													
4.344	19,49%																																																																																													
<i>Emergencias</i>	%																																																																																													
9.065	40,67%																																																																																													
<i>Hospitalizados</i>	%																																																																																													
1.541	44,33%																																																																																													
<i>Ambulatorios</i>	%																																																																																													
1.487	42,78%																																																																																													
<i>Emergencias</i>	%																																																																																													
448	12,89%																																																																																													
<i>Hospitalizados</i>	%																																																																																													
1.294	93,97%																																																																																													
<i>Total Egresos</i>	%																																																																																													
1.279	98,84%																																																																																													
<i>Altas</i>	%																																																																																													
15	1,16%																																																																																													
<i>Defunciones</i>	%																																																																																													
150	63,83%																																																																																													
<i>Cirugia mayor</i>	%																																																																																													
85	36,17 %																																																																																													
<i>Cirugia menor</i>	%																																																																																													
0	0,00%																																																																																													
<i>Via cesárea</i>	%																																																																																													
0	0,00%																																																																																													
<i>Via vaginal</i>	%																																																																																													
0	0,00 %																																																																																													
<i>Gemelares</i>	<i>Multiples &gt; 2</i>																																																																																													
0	0,00%																																																																																													
<i>Baja peso</i>	%																																																																																													
0	0,00%																																																																																													
<i>Prematuros</i>	%																																																																																													
0	0,00 %																																																																																													
<i>Mal formación</i>	%																																																																																													

**Gráfico 9a.1**  
**Población pediátrica atendida, HPHM, 2015-2021**

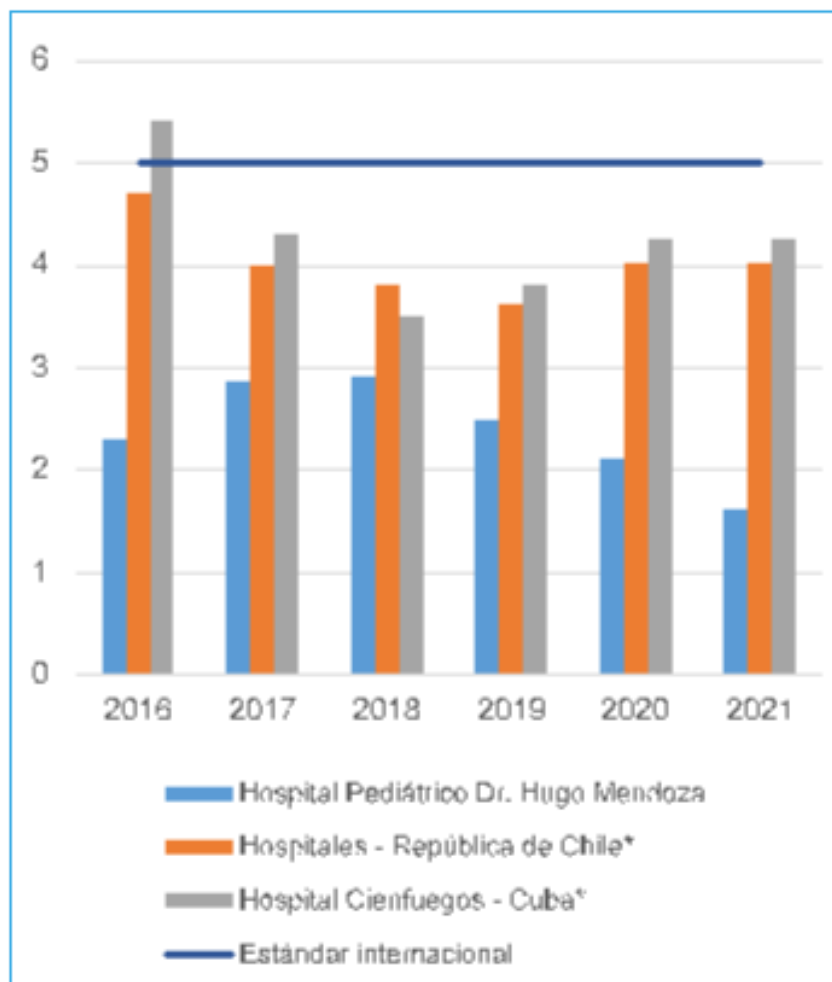


2. Resultados en términos de Outcomes en el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos

El impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios ofrecidos se encuentran evidenciado en la cantidad de atenciones brindadas por el centro, y en aumento en la comunidad de Santo Domingo Norte, y también a la extensión de atenciones a pacientes pediátricos en todo el país. Total, de atenciones brindadas en la comunidad a través de las jornadas médicas. Contratación de personas de la comunidad, programa de verano y pasantías para jóvenes estudiantes de la comunidad. Atenciones a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia y/o abuso, contratación de personas con condiciones especiales (hospital inclusivo), atenciones a niños niñas y adolescentes con síndrome de Down.

de los servicios y productos ofrecidos).

Evidencia: Total, de atenciones brindadas en la comunidad a través de las jornadas médicas. Contratación de personas de la comunidad. Cantidad de programas de verano y pasantías para jóvenes estudiantes de la comunidad. Atenciones a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia y/o abuso, contratación de personas con condiciones especiales (hospital inclusivo), atenciones a niños niñas y adolescentes con síndrome de Down



<p>3. Resultados de la evaluación comparativa (análisis comparativo) en términos de productos y resultados.</p>	<p>Se evidencia realización de Benchmarking con CEDIMAT, SEMMA, Hospital Dr. Ney Arias Lora, IDAC, ITLA, Sistema de emergencias 911, PROMESE, Hospitales de España. Como resultado de estos se encuentra la creación del Call Center, Sistema tickets de turno Hugo Cola, Premio Iberoamericano a la Calidad, Convenio PROMEDIA.</p> <p>Evidencia: Call center, convenio de programa PROMEDIA, Conocimiento par postulación y Oro Premio iberoamericano a la Calidad. Sistema de tickets de turno. Protocolo de medición y atención call center. Cocina certificada NORDOM 646 y Hospital Verde</p>	



**Gráfico 9a.3:**  
**Tasa de mortalidad infantil por hospital, 2015-2021.**

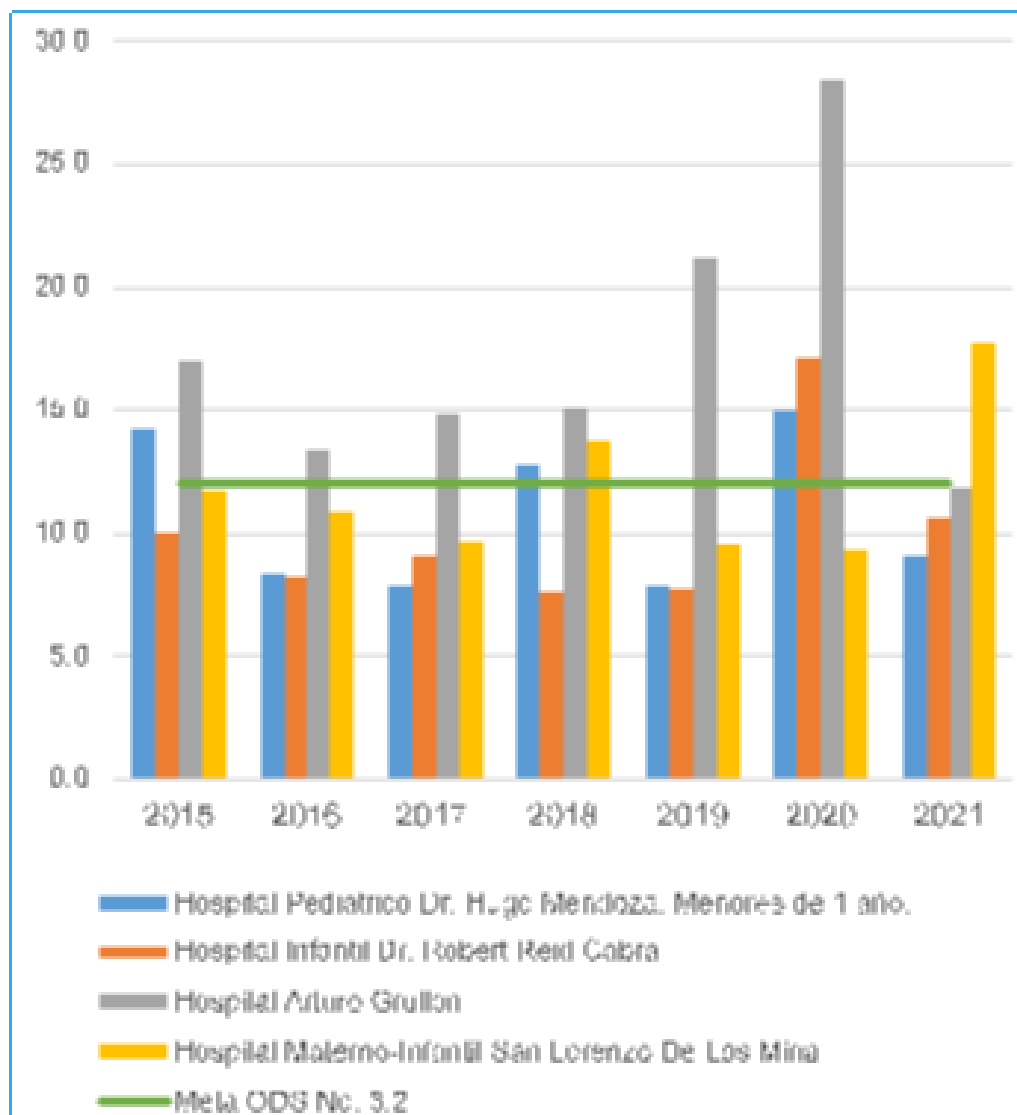
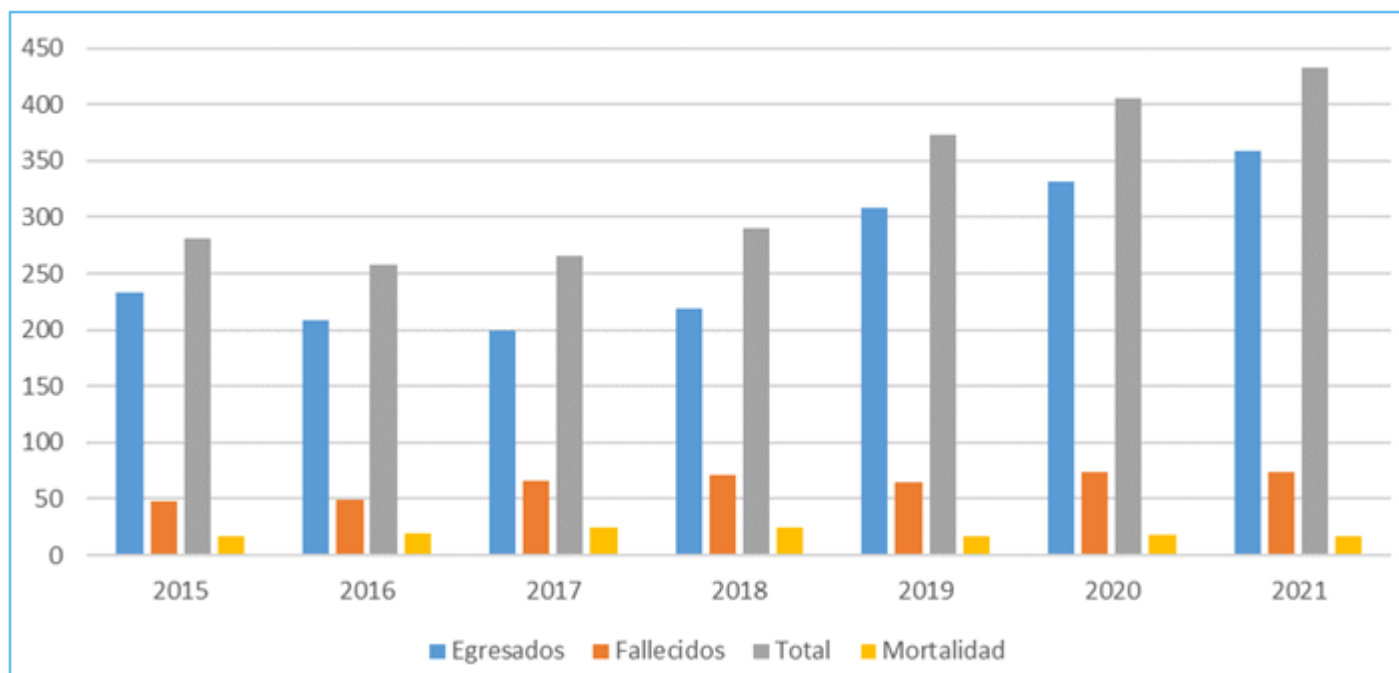


Gráfico 9a.5: Intervención nutricional y mortalidad



4. Nivel de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.

El grado de cumplimiento de los contratos y acuerdos entre las autoridades y la organización se ve reflejada en el cumplimiento de la certificación de habilitación de los servicios, también a través de las evaluaciones del POA, transparencia de la DIGEIG, SISMAP SALUD,

Evidencia: Sismap SALUD, POA, Habilitación del hospital y servicios, Ministerio Salud Publica a través del cumplimiento de los indicadores priorizados.

5. Resultados de inspecciones externas y auditorías de desempeño.

Se evidencian inspecciones y auditorías, por parte de salud ambiental del MISPAS, así como las auditorías medicas por parte de las ARS. También se realizan auditorías por parte del Ministerio de Salud Pública Área III para el cumplimiento de los indicadores priorizados de salud. Auditoría de SNS atención al usuario. Auditoría premio iberoamericano el cual tuvo como resultado Oro para la gestión del centro. Auditoría por parte de la DIGEIG transparencia el cual se tiene un 100% de cumplimiento. Sismap Salud el cual se tiene el primer lugar.

## Ranking

✓ Opciones

**Organismo:**

**Desde:**  %

**Hasta:**  %

Aplicar filtro

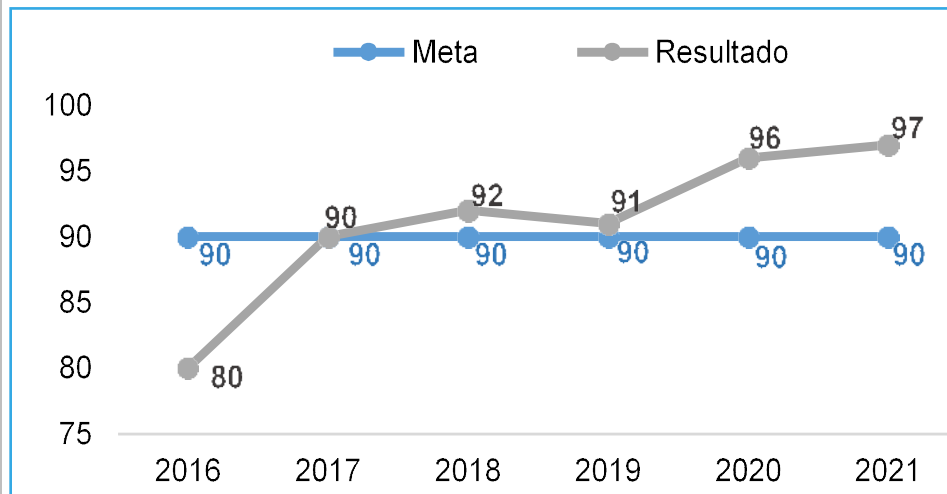
Retornar



Posición	Nombre	Color	Valor %
1	<a href="#">Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza</a>		87.83 %
2	<a href="#">Hospital General Provincial Santiago Rodríguez</a>		86.77 %
3	<a href="#">Hospital Regional Ing. Luis L. Bogaert</a>		80.76 %
4	<a href="#">Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora</a>		80.52 %
5	<a href="#">Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar</a>		78.32 %

Evidencia: Informes de auditoría Área III de salud, Auditoría POA, Auditoría Cocina MSP, Auditoría DIGEIG, Auditoría expedientes ARS y Viceministerio de la Garantía a la Calidad

**Gráfico 8b.2. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza**  
**Meta y resultado anual calificación portal de transparencia institucional. 2016 - 2021**



6. Resultados de la innovación en servicios/productos.

Como resultado de las innovaciones en servicios ofrecidos para la mejora en el impacto de los ciudadanos, se tiene un aumento sustancial a través de los años de la satisfacción de los usuarios de un 90% a un 95%. También el hospital presenta una tasa de crecimiento de más de un 50% en el tiempo de existencia.

Evidencia: Tendencia de los resultados encuesta de satisfacción, Tendencia de crecimiento del centro.

7. Resultados de la implementación de reformas del sector público.

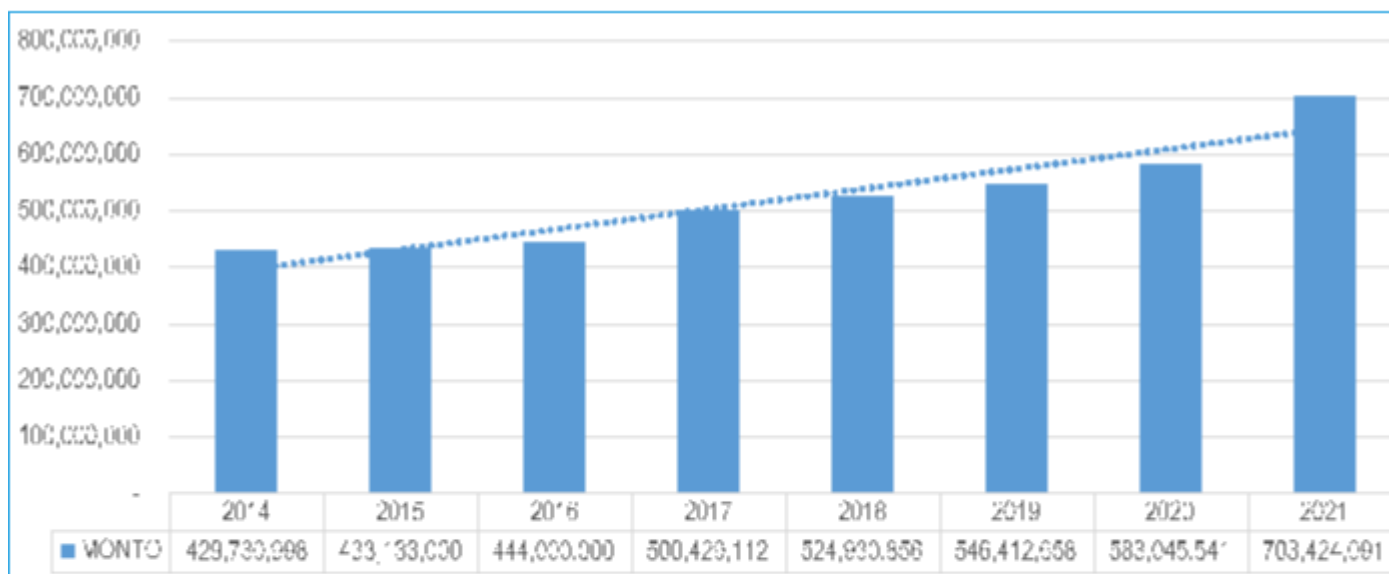
El SNS y la presidencia han establecido lineamientos y estrategias con el fin de lograr objetivos y mejorar la gestión de los centros de salud y la calidad de los servicios eficientizando los recursos. Como parte de esto el HPHM ha logrado reducir la deuda a RD\$ 0 de RD\$ 90 Millones en 2020. Son resultados impresionantes todo en base a reformas y reducción del gasto. De igual forma se han aperturados servicios como la unidad de audiología como parte de los trabajos de la primera dama y el gabinete de salud.

	Evidencia: Reducción de la deuda, apertura de nuevos servicios, reducción nomina interna.	
8. Número de voluntarios que realizan actividades de colaboración en la organización.	<p>Con el Aval del presidente de la republica y el gabinete de salud, se crea y se conforma el voluntariado Huellas Misionera del Hugo Mendoza con el fin de aportar y apoyar las actividades y misión del centro de salvaguardar y brindar servicios de calidad a los niños, niñas y adolescentes de santo domingo norte y el país. Este voluntariado a aportado a la adquisición de equipos médicos, convenios, y aportes a los ciudadanos necesitados.</p> <p>Evidencia: Conformación del Voluntariado, listado de actuantes como voluntarios.</p>	

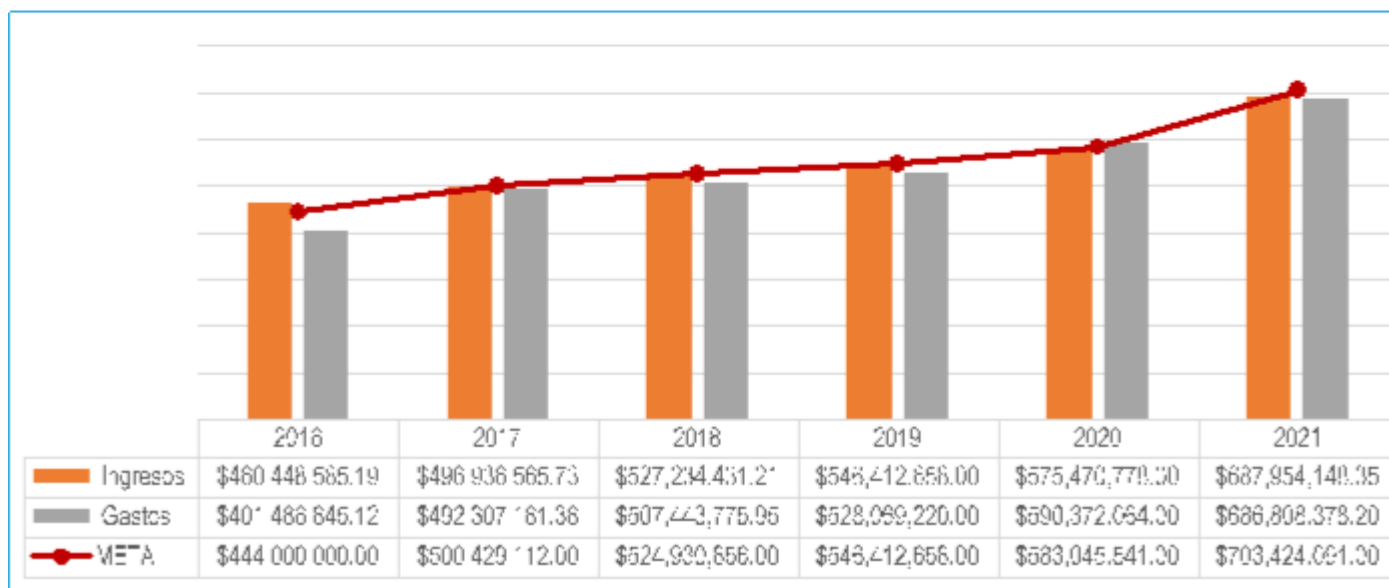
**SUBCRITERIO 9.2. Resultados internos: nivel de eficiencia.**

<b>Ejemplos</b>	<b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>	<b>Áreas de Mejora</b>
I. 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>La eficiencia de la organización en la gestión de los recursos disponibles, se analiza mediante los análisis de la ejecución presupuestarias, cumplimiento de plan de compras y contrataciones, índice de rotación y de movilidad de los recursos humanos. Análisis financiero del ingreso vs el gasto.</p> <p>Evidencia: Análisis Financiero Ingreso vs Gasto, Balance General, Ejecución Presupuestaria, Índice de Rotación del Personal, Índice de movilidad, Evaluación acuerdos de desempeño, Análisis Costo beneficios de los servicios. Análisis de rotación del inventario.</p>	

**Gráfico 9b.2: Presupuesto 2015 - 2021**  
(incluye el asignado y el captado por medios propios)



**Gráfico 9b.3:**  
**Relación ingresos vs gastos**



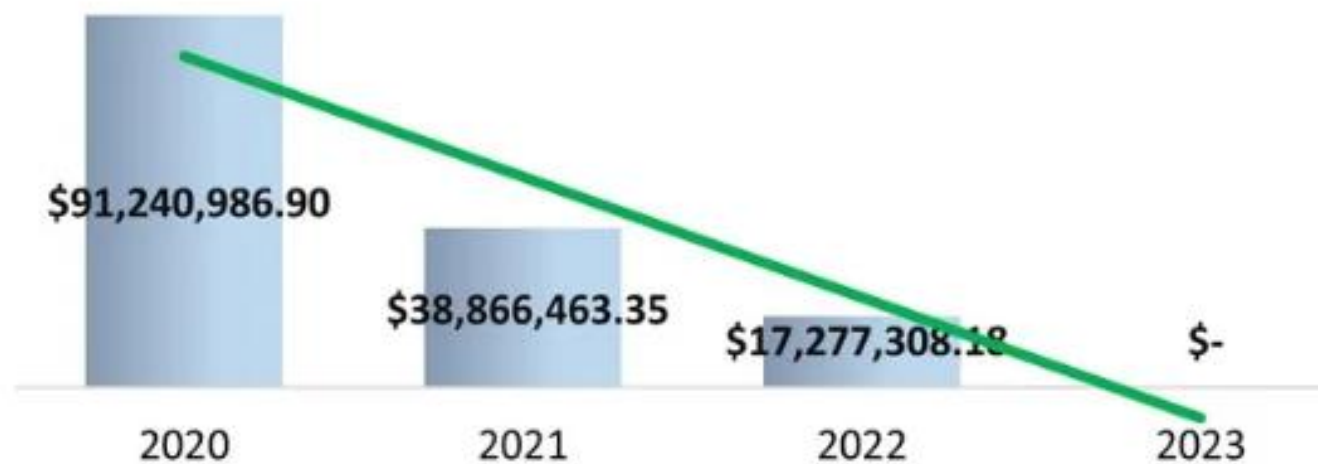
<p>2. Resultados de mejoras innovaciones procesos.</p>	<p>de e de Presentan resultados positivos al implementar el sistema de facturación SIGHOST, disminuyendo las glosas, devoluciones, y en reducción en la utilización de papel. El sistema PACS de imágenes, que representa una reducción del gasto. La app Hugo Mendoza para la gestión de citas y el Hugo Cola para el control de filas al momento de facturación.</p> <p>Evidencia: SIGHOST, MAYAM, APP HUGO MENDOZA, SGA.</p>	
<p>3. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).</p>	<p>de Se evidencia realización de Benchmarking con CEDIMAT, SEMMA, Hospital Dr. Ney Arias Lora, IDAC, ITLA, Sistema de emergencias 911, PROMESE, Hospitales de España. Como resultado de estos se encuentra la creación del Call Center, Sistema tickets de turno Hugo Cola, Premio Iberoamericano a al Calidad, Convenio PROMEDIA.</p> <p>Evidencia: Call center, convenio de programa PROMEDIA, Conocimiento par postulación y Oro Premio iberoamericano a la Calidad. Sistema de tickets de turno. Protocolo de medición y atención call center. Cocina certificada NORDOM 646 y Hospital Verde</p>	
<p>4. Eficacia de las alianzas (por ejemplo: grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, convenios y otras actividades conjuntas).</p>	<p>de Se evidencia la eficacia de las alianzas, con Operación Sonrisa se realizaron 109 cirugías reconstructivas, sobre malformaciones como labio leporino y paladar hendido. Jornadas quirúrgicas para disminuir la lista de espera de los pacientes pendientes de cirugía del Hospital Infantil Arturo Grullón, de la ciudad de Santiago de los Caballeros. En ésta se logró realizar las cirugías programadas a 60 niños y niñas. Maestrías a las enfermeras, un acuerdo con la Universidad Eugenio María de Hostos (UNIREMHOS), donde hay inscritas ya mas de 15 enfermeras.</p> <p>Evidencia: 109 cirugías reconstructivas, sobre malformaciones como labio leporino y paladar hendido. Jornadas quirúrgicas a 60 niños y niñas. Maestrías a las enfermeras, un acuerdo con la Universidad Eugenio María de Hostos (UNIREMHOS), donde hay inscritas ya más de 15 enfermeras. Medicamentos para pacientes diabéticos a través del programa PROMEDIA con PROMESECAL. Costos asumidos a pacientes con cáncer y leucemia por parte de la fundación Saint Jude.</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>El uso de tecnología ha representado un valor añadido. Se implemento el sistema de facturación SIGHOST, disminuyendo las glosas, devoluciones, y en reducción en la utilización de papel. El sistema PACS de imágenes, que representa una reducción del gasto. Sistema SGA en emergencia para el triaje de Manchester y el sistema Hugo cola para ahorrar tiempo en esta área y facturación. Instalación del call center el cual ha hecho que los ciudadanos visiten el centro par realizar citas.</p> <p>Evidencia: Reducción de costos en uso de Papel, Reducción tiempo de espera. Visitas de usuarios para programación de citas.</p>	
<p>6. Resultados de las evaluaciones o auditorías internas.</p>	<p>Se evidencian inspecciones y auditorias, por parte de salud ambiental del MISPAS, así como las auditorias medicas por parte de las ARS. También se realizan auditorias por parte del Ministerio de Salud Pública Área III para el cumplimiento de los indicadores priorizados de salud. Auditoria de SNS atención al usuario. Auditoría premio iberoamericano el cual tuvo como resultado Oro para la gestión del centro. Auditoria por parte de la DIGEIG transparencia el cual se tiene un 100% de cumplimiento. Simap Salud el cual se tiene el primer lugar.</p> <p>Evidencia: Informes de auditoría Área III de salud, Auditoria POA, Auditoria Cocina MSP, Auditoria DIGEIG, Auditoria expedientes ARS y Viceministerio de la Garantía a la Calidad</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>La participación del centro en diferentes premios de calidad y excelencia a través de los años ha sido fructífera.</p> <p>Evidencia: Medalla de Plata, Medalla de Oro y Gran Premio Nacional a la Calidad, Premio Iberoamericano a la Calidad Categoría ORO, Certificación Sistema de Gestión a la Calidad ISO 9001:2015 procesos de facturación y reclamación de seguros</p>	

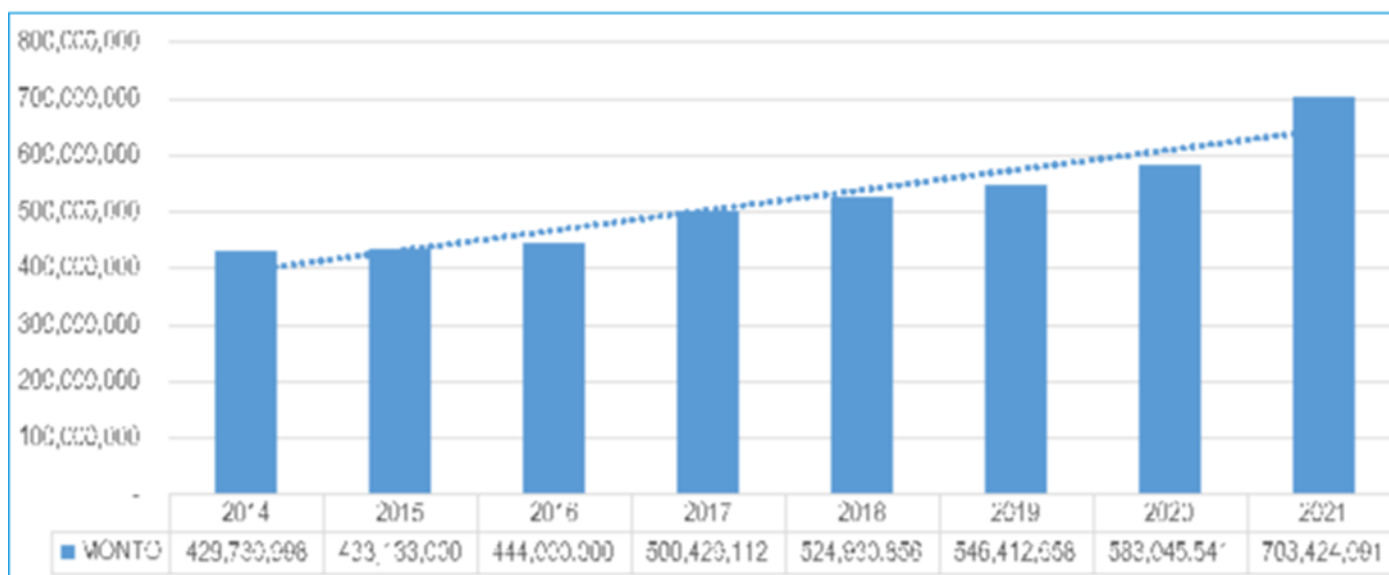


<p>8. Cumplimiento del presupuesto y los objetivos financieros.</p>	<p>El cumplimiento de los objetivos presupuestarios y financieros se realiza a través de los informes de ejecución presupuestarias, la programación de estos y los informes generales financieros.</p> <p>Evidencia: Ejecución presupuestarias. Nivel de cumplimiento POA &amp; Balance Score Card</p>	

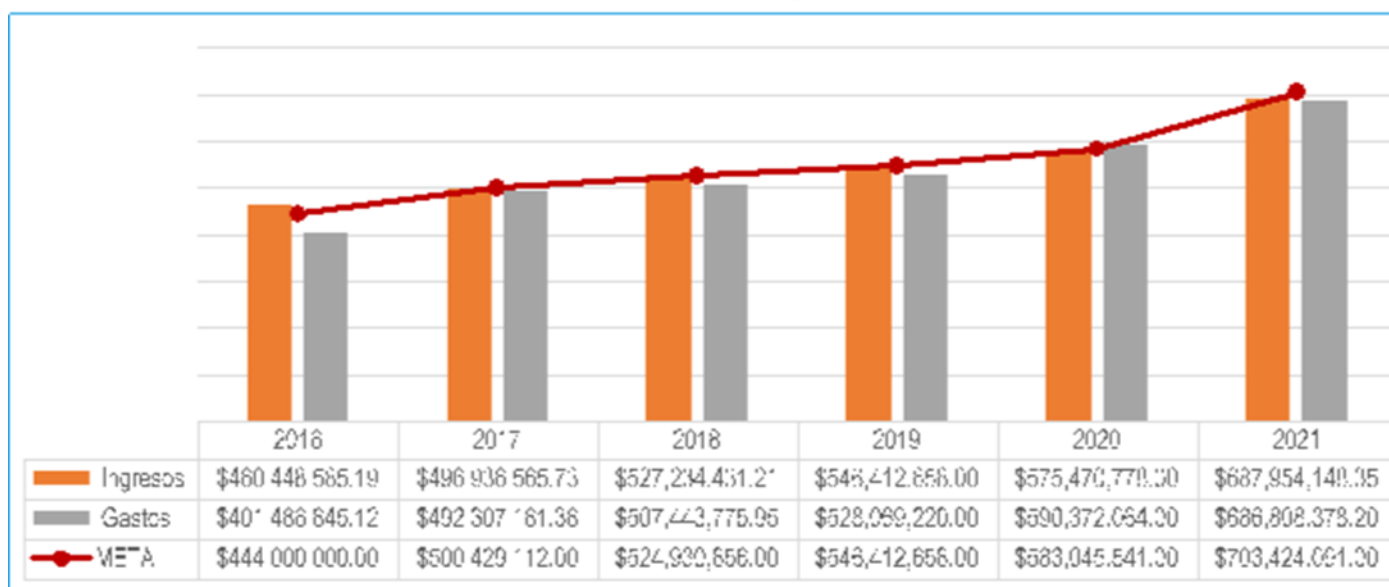
## Comportamiento deuda 2020 - 2023



**Gráfico 9b.2: Presupuesto 2015 - 2021**  
(incluye el asignado y el captado por medios propios)



**Gráfico 9b.3:**  
**Relación ingresos vs gastos**



9. Resultados relacionados al costo-efectividad. (logro resultados de impacto al menor costo posible), incluyendo la evaluación a suplidores.

Se evidencia la eficiencia de costo al reducir las devoluciones y el consumo de papel a partir del sistema SIGHOST. Reducción de costo a través de la instalación del sistema de COWAY

Evidencia: % devoluciones, análisis costo COWAY, SIGHOST

**Gráfico 9b.4:**  
Recaudaciones por ventas de servicios de salud y otros  
(monto en Millones RD\$)



--	--	--

**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.