

FECHA: 28/6/2024

### DATOS GENERALES

**Lugar:** DCSNS  SRS  Hospital  CPN

\*Nombre del lugar: Hospital Municipal Nuestra Señora del Carmen

**Área:** Calidad en la gestión

**Nombre de la Actividad:** Seguimiento a la implementación del plan de mejora CAF 2024.

**Código POA (Si aplica):** N/A

### INTRODUCCIÓN

El presente informe detalla las acciones tomadas de acuerdo con el plan de mejora CAF, con el fin de fortalecer la institución en base a los hallazgos encontrados durante el autodiagnóstico.

### OBJETIVO DEL INFORME

Dar a conocer el nivel de avance y cumplimiento de las actividades descritas en el plan de mejora CAF 2024 del Hospital Municipal Nuestra Señora Del Carmen.

### METODOLOGIA (Si aplica)

Este informe se realiza luego de dar seguimiento a los avances del plan de mejora elaborado el 31 de agosto del 2023, cuyas acciones se implementarían este 2024; se describen las tareas realizadas y se identifica el porcentaje de cumplimiento de cada una.

### DESARROLLO / HALLAZGOS

Durante la realización del autodiagnóstico CAF en 2023, se identificaron 10 áreas de mejora y las diferentes acciones a ejecutar. Estas acciones se dividen en distintas tareas, las cuales facilitan el logro de los objetivos.

Los avances y el cumplimiento de las acciones se describe de la siguiente forma:

**- 1ra acción de mejora:**

Llevar un control de los resultados de las alianzas, con el objetivo de fortalecer las alianzas y medir los beneficios. Para esta se planificó crear una matriz que permita visualizar las alianzas y los acuerdos.

La matriz de alianzas fue elaborada el 22 de marzo de 2024, por lo que esta acción cuenta con un **100%** de cumplimiento.

**- 2da acción de mejora:**

Asumir el cumplimiento de procesos que nos permitan garantizar nuestra calidad y transparencia en los servicios, con el objetivo de desarrollar una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los pacientes los servicios disponibles y sus estándares de calidad. Para esto se planificó solicitar acompañamiento para la elaboración de la Carta Compromiso al Ciudadano, elaborarla y hacerla pública por medio de diferentes vías. La solicitud del acompañamiento se realizó y logramos completar la primera fase para la elaboración de la carta compromiso en un 100%, sin embargo, a la fecha no hemos podido continuar con el proceso por falta del personal Responsable de Acceso a la Información, sin el cual es imposible activar la línea 311 y este indicador es fundamental para la CCC. Por lo que podemos decir que esta acción se ha cumplido en un **50%**.

**- 3ra acción de mejora:**

Obtener equipos actualizados y óptimos, con el objetivo de aplicar las TIC para mejorar los servicios y facilitar el trabajo de gestión a los colaboradores. Para esto se planificó solicitar equipos actualizados y solicitar aumento de la cobertura de internet; esta acción de mejora se cumplió en un **100%**, con la solicitud de una nueva red de internet, que abarca las oficinas de Administración, RRHH, Gestión de enfermería y Farmacia.

**- 4ta acción de mejora:**

Analizar los procesos y organizarlos de manera que se puedan optimizar para asegurar el cumplimiento de los objetivos establecidos, con la finalidad de estandarizar y agilizar la estructura organizativa. Para esto se planeó gestionar el diseño de un mapa de procesos clave y realizar reuniones de socialización de las partes interesadas, esta acción aún no se ha podido llevar a cabo, por lo que cuenta con un **0%** de avance.

**- 5ta acción de mejora:**

Desarrollar un servicio más personalizado y orientado a las necesidades de los usuarios, con el objetivo de proporcionar servicios más accesibles. Para esto se planificó utilizar las redes sociales y otros recursos tecnológicos para hacer nuestros servicios más accesibles a los usuarios, publicar horarios de consulta y trabajar en la actualización de la cartera de servicios.

Esta acción de mejora cuenta con un **100%** de cumplimiento y es una de las acciones de implementación continua, actualmente nuestra cartera de servicios se encuentra actualizada y publicada en el centro, los horarios de consultas se publican en todos los medios sociales y se realiza la promoción de servicios por estas mismas vías, lo que permite una accesibilidad mejorada a nuestros servicios.

**- 6ta acción de mejora:**

Identificar indicadores que nos permitan conocer el avance e innovaciones dentro de nuestro centro, con el objetivo de cuantificar la innovación del centro, utilizando las herramientas oportunas para conocer la percepción de los usuarios. Para lo que se planificó aplicar encuestas para realizar un levantamiento de información, enviar encuestas y elaborar un informe final con los resultados. Esta aún no se ha llevado a cabo, por lo que cuenta con un **0%** de avances.

**- 7ma acción de mejora:**

Monitorear constantemente los procesos, con el objetivo de identificar que tanto se integran los grupos de interés al diseño de los servicios, la prestación de estos y al cumplimiento de los procesos, para lo que se planificó supervisar constantemente las áreas críticas. Esto se ha cumplido en un **100%**, ya que en este centro se realizan encuestas a los pacientes y familiares para medir los resultados de los servicios, en las áreas de laboratorio, consulta externa, emergencia e internamientos, también ampliamos la cobertura de los buzones de sugerencias en las mismas áreas, estas son socializadas con los grupos internos y externos.

**- 8va acción de mejora:**

Tener en conocimiento el nivel de participación de las personas en las actividades que se realizan con el objetivo de estandarizar procesos para tener medidores de participación más claros. Para esto se planificó establecer que procesos se van a llevar a cabo para ejecutar las mediciones de manera sistémica. Esto cuenta con un **100%** de cumplimiento, ya que al volver a hacer la autoevaluación evidenciamos que cada uno de los colaboradores tiene participación en las actividades de mejora del centro. Esto se visualiza en el nivel de percepción de los colaboradores mediante la última encuesta de clima laboral aplicada, donde existe un acápite para evaluar si el centro toma en cuenta la participación de estos. Este acápite llamado liderazgo y participación cuenta con un 97.41%, además del acápite de colaboración y trabajo en equipo que también puede ser considerado como evidencia, cuenta con un 98.15%.

**- 9na acción de mejora:**

Organizar los procesos de la institución y empoderar a cada colaborador con su respectiva función, con la finalidad de agilizar y aumentar la calidad en la ejecución de los procesos internos, para esto las tareas son:

1. Solicitar acompañamiento para la elaboración del manual de funciones.
2. Socializar manual de funciones.

Esta acción de mejora cuenta con un **90%** de cumplimiento, ya que elaboramos nuestro manual de funciones a finales de 2023, este fue revisado y aprobado el SNS y el MAP, sin embargo, en lo que va de año no se ha realizado la socialización como tal, por tanto, esta debe planificarse para ser realizada antes de culminar el año.

**- 10ma a acción de mejora:**

Mejorar las evidencias de rendimiento en la gestión hospitalaria y administrativa, para evidenciar resultados clave en el rendimiento de la gestión, para que sean de conocimiento de todo el equipo interesado, para esto se planificó:

1. Gestionar los recursos humanos y financieros disponibles para trabajar con eficiencia.
2. Optimizar los recursos humanos, la gestión del conocimiento y el uso de las instalaciones.

Estas acciones de mejora aún no se han medido, por lo que no evidenciamos el avance hasta ahora en un **0%**, sin embargo, se hará énfasis en analizar estos indicadores para presentar los avances en el próximo informe.

## RESULTADOS / CONCLUSIONES

El plan de mejora CAF 2024 del Hospital Municipal Nuestra Señora del Carmen se compone de un total de 10 acciones, de las cuales 5 se han cumplido en un 100%, 1 en un 90%, 1 en un 50%, y 3 no muestran avances hasta la fecha para un 0%.

Esto arroja un nivel de cumplimiento de 64%.

Las evidencias de las acciones 2 y 3 corresponden al 2023 debido a necesidades del centro, sin embargo, se presentan en este informe porque son de accionar posterior a la fecha de validación del plan 2024.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- Gestionar la finalización de la actividad sin cumplir al 100%.
- Seguir implementando la autoevaluación CAF para identificar acciones de mejora y ejecutarlas, velando por la mejora continua.
- Dar continuidad a las tareas incluidas en este plan, con el objetivo de beneficiar al centro y a los usuarios.

## ANEXOS (Si aplica)

Evidencia del cumplimiento del plan de mejora CAF.

**Instrucciones de llenado:**

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

Maria Valentina Custodio

Elaborado por  
(Nombre y apellido)

## Evidencias del avance Plan de mejora CAF 2024

Evidencia del cumplimiento de la acción de mejora 1. Matriz de alianzas -

ALIANZAS HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN		
Instituciones	Nivel	Actividades realizadas
Ayuntamiento Municipal de Padre Las Casas.	Medio	- Participación en jornadas de decacharrización. - Charlas preventivas y entrega de donaciones a la comunidad.
Liceo Técnico Profesional José Francisco Bobadilla.	Alto	- Cumplimiento del programa de pasantías de las áreas de enfermería, informática y gestión administrativa y tributaria de los estudiantes.
Centro Tecnológico Comunitario (CTC).	Medio	- Participación en talleres, cursos y charlas.
Iglesia Menonita	Medio	- Actuación en actividades del centro como apoyo religioso.
Parroquia Nuestra Señora Del Carmen.	Bajo	- Actuación en actividades del centro como apoyo religioso.
Defensa Civil.	Alto	- Colaboración en las jornadas descacharrización y de cuidados ante desastres naturales. - Participación en club de donantes de sangre
Junta de vecinos Padre Las Casas.	Bajo	- Participación en temas de salud para beneficio de la comunidad en general. - Participación en club de donantes de sangre
Edesur dominicana.	Medio	- Realización de charlas constantes sobre el manejo y uso eficiente de la energía eléctrica.

Elaborado por: Shantal Cuevas  
 Shantal Merlina Cuevas Rodríguez  
 Auxiliar administrativa



Aprobado por: Dra. Maceo A  
 Serma Ruth Soriano Agramonte  
 Directora general

Evidencia del cumplimiento de la acción de mejora 2. Avances de cumplimiento del indicador Carta Compromiso

  
GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DOMINICANA  
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA  
"Avanzamos para ti"



28 de diciembre del 2023  
Santo Domingo, R. D.

020956

**Señora**  
**Serma Soriano**  
**Directora General**  
**Hospital Municipal Nuestra Señora del Carmen, Padres las Casas, Azua**  
**Su Despacho. -**

**Distinguida Sra. Soriano:**

Nos dirigimos a usted para informarle que hemos concluido, juntamente con el Comité de Calidad de la institución, la Asistencia Técnica establecida para la elaboración e implementación de la Carta Compromiso al Ciudadano, en dicha asistencia fueron desarrolladas actividades de la Fase I y II: conformación del equipo de trabajo, sensibilización del personal, servicios principales, mediciones de quejas y sugerencias, resultados encuesta satisfacción, procedimientos y planes de comunicación.

Dicho esto, se procede al cierre de esta asistencia técnica, quedando a cargo del Hospital Municipal Nuestra Señora del Carmen, realizar las actividades correspondientes: diagramar brochure, aplicar encuestas de expectativas y tener habilitado la línea 311. Es un requisito que estas actividades concluyan antes de solicitar Asistencia Técnica para la Fase III.

Le recordamos que a través de nuestra página web [www.map.gob.do](http://www.map.gob.do), tenemos informaciones y documentos para descarga que pueden utilizar como apoyo para concluir con los requerimientos finales de la Carta Compromiso.

Para cualquier información adicional, favor contactar al Departamento de Análisis Regulatorio y Compromisos de Servicios (DARCS), Tel.: 809-682-3298, ext. 2520.

Atentamente,  
  
**Sheyla Castillo**  
**Viceministra de Servicios Públicos**

SC/DARCS  
DARCS-23-xxx

Anexo:  
I. Informe revisión documentos

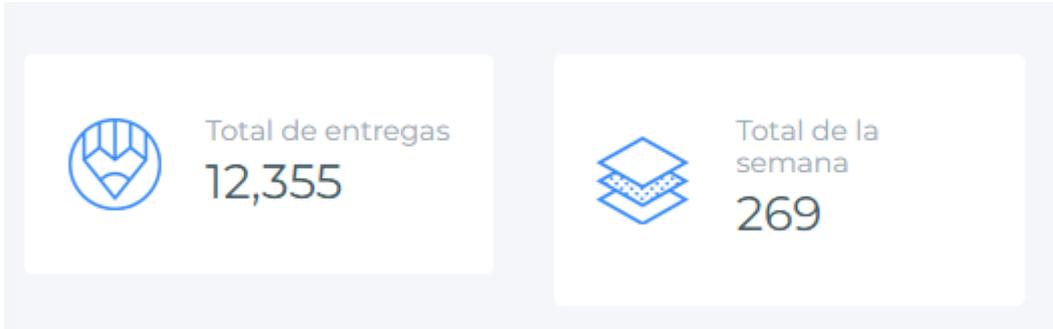








Evidencia del avance de la acción de mejora 7. Captura de las encuestas realizadas y Listado de participantes de los grupos focales –



Captura tomada de <https://encuesta.sns.gob.do/admin/vista-general>

Evidencia del avance de la acción de mejora 7. Listado de participantes en grupos focales, discusión de temas concernientes a la atención al usuario –



Lista de Participación para Actividades  
DGC-FC-001 Versión: 08  
Fecha de aprobación: 07/04/2023

**Nombre de la Actividad:** HMNSC 1.2.1.4.06 Implementación de los grupos focales para determinar la calidad percibida del servicio

**Área Responsable:** Enc. Atención A Usuarios **Fecha:** 26/6/2024

**Modalidad de la Reunión:** Virtual  Presencial  **Hora:** 9:00 a. m.

**Lugar/Plataforma:** Hospital Municipal Nuestra Señora Del Carmen

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (X solicitad)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico e Teléfono
<i>Antonia Delgado</i>	F					<i>809 3 597565</i>
<i>Valentina Delgado</i>						<i>829-824-6031</i>
<i>Suisamaría G.S</i>						<i>829-325-5733</i>
<i>NO-YA RO-MERO</i>						<i>829-964 9467</i>
<i>Francisco Maldonado</i>						<i>829-7411216</i>
<i>Evelyn Ceballos</i>	F	-	Encargada	SNS/DGCSS/DNU	<i>(Eballos)</i>	<i>8295862422</i>
<i>Liliana Rodríguez Aguirre</i>	F	-	Encargada	SRSEU/DNU	<i>L.Rodriguez</i>	<i>829-761-5164</i>
<i>MIRKA M. DE JESUS SANTOS</i>	F	-	Enc. At.Usu	H.M.N.S.C	<i>MIRKA DLS</i>	<i>829-313-1824</i>
<i>Aurea Mena de los Santos</i>	F	-	Aux. Archivo	H.M.N.S.C	<i>Aurea Mena</i>	<i>809-321-3112</i>
<i>Francisca Ballesteros</i>	F	-	Aux. Atención	H.M.N.S.C	<i>Francisca Ballesteros</i>	<i>849-458-9816</i>

\*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario coloque N/A.  
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

1 | Página

Evidencia del avance de la acción de mejora 8. Evidencia resultados encuesta de clima organizacional

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

**SECCIÓN IV**

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



Evidencia del avance de la acción de mejora 9. Resolución que aprueba manual de funciones –



**RESOLUCIÓN NÚM. 079/2023 QUE APRUEBA EL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN, DEL SERVICIO REGIONAL EL VALLE, SERVICIO NACIONAL DE SALUD.**

La **DIRECCIÓN CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS)**, entidad pública creada mediante la Ley núm. 123-15 provista de personalidad jurídica, autonomía técnica, administrativa, financiera y patrimonio propio, cuenta con RNC núm. 430183261, con domicilio en la calle Leopoldo Navarro esquina Cesar Nicolás Penson, del Distrito Nacional, debidamente representado por su Director Ejecutivo el señor **MARIO ANDRÉS LAMA OLIVERO**, dominicano, mayor de edad, soltero, portador de la cedula de identidad y electoral núm. 022-0019438-5, domiciliado y residente en esta ciudad del Distrito Nacional, Santo Domingo, quien fue debidamente designado mediante Decreto núm. 378-20 de fecha 21 de agosto de 2020; tiene a bien emitir el siguiente Acto Administrativo:

**CONSIDERANDO:** Que el Hospital Municipal Nuestra Señora del Carmen está inmerso en un proceso de institucionalización y desarrollo de los subsistemas de gestión de la función pública.

**CONSIDERANDO:** Que la Ley núm. 123-15, del 16 de julio de 2015, crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), con la misión de impulsar el desarrollo y fortalecimiento de la provisión de servicios de salud, a través de los Servicios Regionales organizados en Red, de acuerdo a los valores y principios del Modelo de Atención, para contribuir a la salud de las personas, familias y comunidades.

**CONSIDERANDO:** Que el Manual de Organización y Funciones constituye una guía y una fuente principal de consulta para las autoridades y empleados del Hospital Municipal Nuestra Señora del Carmen, puesto que es un instrumento técnico normativo que permite orientar y normar las actividades técnicas y administrativas del personal que conforma la institución, describiendo su accionar y funcionamiento;

**CONSIDERANDO:** Que el Manual de Organización y Funciones contiene detalles de la estructura organizativa: los distintos niveles jerárquicos que la integran, las líneas de mando o autoridad, el tipo de relaciones, los niveles de coordinación y las funciones de las unidades del organismo.

**CONSIDERANDO:** Que el Hospital Municipal Nuestra Señora del Carmen debe contar con los instrumentos administrativos que le permitan desarrollar con eficiencia sus funciones y asumir nuevos roles tendentes a la mejora continua del desarrollo organizacional de la Institución, como lo establece la Resolución núm.14-2013 del área transversal de Planificación y Desarrollo.