



GUÍA SISMAP SALUD



f i X in y @MAPRDO

www.map.gob.do



**¡UNA HERRAMIENTA
PARA IMPULSAR LA MEJORA
DE LOS SERVICIOS SANITARIOS!**

GUÍA SISMAP SALUD



DIAGRAMACIÓN:

Ministerio de Administración Pública (MAP)
Santo Domingo, República Dominicana 2026.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	04
I. OBJETIVOS DEL SISMAP SALUD	06
II. BASE LEGAL DEL SISMAP SALUD	06
III. MARCO LEGAL	07
IV. ORGANISMOS INVOLUCRADOS EN EL MONITOREO DE LA GESTIÓN PÚBLICA A LOS CENTROS HOSPITALARIOS, A TRAVÉS DEL SISMAP SALUD	07
V. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA	08
• Escala de valoración del nivel de avance	09
• Estatus de Subindicadores	09
• Vigencia de la Evidencia	10
• Alimentación del SISMAP Salud	10
• Acceso para consulta	10
• Fuentes de Recolección de la Información	10
• Evaluación y carga de evidencia	11
• Desempeño de los Subindicadores	11
IBOG 1: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD	13
• Subindicador 01.01 Autoevaluación CAF	13
• Subindicador 01.02 Plan de Mejora CAF	14
• Subindicador 01.03 Carta Compromiso	14
• Subindicador 01.04 Índice de Satisfacción de Usuarios	16
• Subindicador 01.05 Control de Calidad en el Almacenamiento e Inventarios de Medicamentos e Insumos	16
• Subindicador 01.06 Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios	17
• Subindicador 01.07 Porcentaje de Cumplimiento de Acciones Priorizadas de Bioseguridad y Prevención y Control de Infecciones	18
• Subindicador 01.08 Porcentaje de Cumplimiento de Acciones para Incremento de la Adherencia a Protocolos de Atención	19
• Subindicador 01.09 Gestión y Calidad en el Área de Laboratorio Clínico	21
• Subindicador 01.10 Porcentaje de Cumplimiento Requisitos de Higiene, Ornato y Limpieza	21
• Subindicador 01.11 Porcentaje de Cumplimiento de acciones de preparación para la habilitación	22

IBOG 2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	24
• Subindicador 02.01 Estructura Organizativa y Manual de Organización y Funciones	24
• Subindicador 02.02 Gestión de Acuerdos de Desempeño	25
• Subindicador 02.03 Evaluación del Desempeño por Resultados y Competencias	27
• Subindicador 02.04 Plan Anual de Capacitación	29
• Subindicador 02.05 Porcentaje de cumplimiento del POA	30
• Subindicador 02.06 Porcentaje de Objeción Glosas Médicas y Administrativas	31
• Subindicador 02.07 Porcentaje cumplimiento SISCOMPRAS	31
• Subindicador 02.08 Porcentaje de Cumplimiento Lineamientos Control Interno	32
• Subindicador 02.09 Porcentaje de eficientización de la nómina (monto económico)	32
• Subindicador 02.10 Porcentaje de Cumplimiento Lineamientos de Identidad Institucional	33
• Subindicador 02.11 Porcentaje de ejecución presupuestaria	34
IBOG 3: GESTIÓN CLÍNICA	35
• Subindicador 03.01 Días Promedio de Estadía	35
• Subindicador 03.02 Producción de Servicios de Salud: Razón Emergencias Médicas VS Consultas Ambulatorias	36
• Subindicador 03.03 Índice Ocupación de Camas	38
• Subindicador 03.04 Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria	39
• Subindicador 03.05 Notificación Oportuna Reporte Epidemiológico	40
• Subindicador 03.06 Tasa de Mortalidad Neonatal (por 1,000 NV)	40
• Subindicador 03.07 Tasa de Mortalidad Infantil (por 1,000 NV)	41
• Subindicador 03.08 Tasa Neta de Mortalidad Materna (por 100,000 NV)	41
• Subindicador 03.09 Tasa Partos por Cesáreas	42
• Subindicador 03.10 Cascada de Tratamiento VIH	42
• Subindicador 03.11 Promedio de la Correcta Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	43
• Subindicador 03.12 Incremento Cobertura Diagnóstica Detección Oportuna de Cáncer de Mama, Cérvix y Próstata	44
GLOSARIO DE TÉRMINOS	45
CONTACTOS	46
UNIDADES RESPONSABLES DE SUBINDICADORES	47

PRESENTACIÓN

El Sistema de Monitoreo de la Administración Pública (SISMAP) representa una herramienta estratégica de gran importancia para evaluar y medir el desarrollo de la gestión pública en la República Dominicana. Desde su creación en 2010, bajo la iniciativa del Ministerio de Administración Pública (MAP), el SISMAP ha evolucionado constantemente, adaptándose a las necesidades cambiantes del entorno y al avance de las prácticas administrativas y de gobierno.

El fundamento lógico del SISMAP radica en la necesidad de garantizar la transparencia, eficiencia y eficacia en la gestión de las instituciones públicas. Mediante la utilización de indicadores validados y respaldados por instancias internacionales como el Barómetro de las Américas auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el SISMAP permite una evaluación objetiva y estandarizada del desempeño gubernamental.

En su concepción inicial, el SISMAP se orientó a monitorear la gestión de los entes y órganos del Poder Ejecutivo, centrándose en aspectos clave como la profesionalización del empleo público, el fortalecimiento institucional y el cumplimiento de normativas relevantes. No obstante, con una visión de transformación, el sistema ha evolucionado y ampliado su alcance para incluir el SISMAP Municipal, dirigido a evaluar la gestión de los gobiernos locales, y más recientemente, el SISMAP Salud, destinado a abordar el complejo sector de la prestación de servicios de salud.

La visión de esta guía actualizada del SISMAP Salud es fortalecer la capacidad de los centros hospitalarios para alcanzar altos estándares de calidad, rendición de cuentas y transparencia en su gestión. La estrategia se enfoca en la medición y evaluación rigurosa de la gestión hospitalaria y gubernamental, con el fin de identificar áreas de mejora y establecer planes de acción efectivos para lograr un óptimo desarrollo institucional.

El SISMAP Salud es una herramienta fundamental que, con una visión estratégica, busca mejorar la gestión pública y promover una cultura de transparencia y rendición de cuentas. Su evolución constante y adaptación a las necesidades actuales reflejan su carácter visionario, siendo una guía sólida y confiable para el progreso de la administración pública en la República Dominicana.



SISMAP
SALUD

SISTEMA DE MONITOREO DE
LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
PARA SECTOR SALUD

OBJETIVOS DEL SISMAP SALUD



OBJETIVOS

El SISMAP Salud se enfoca en medir el desarrollo de la gestión de los Centros Hospitalarios, evaluando aspectos clave como eficiencia, eficacia, calidad y participación. Los objetivos del SISMAP Salud son los siguientes:

- Impulsar el fortalecimiento de los centros de atención, asegurando el cumplimiento de las normativas y protocolos que rigen la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar una atención de calidad a la ciudadanía.
- Fomentar una gestión eficaz y transparente, que promueva el libre acceso de la ciudadanía a la información pública y estimule una sana competencia entre los centros hospitalarios especializados en un mismo ámbito territorial.
- Proporcionar información relevante y útil a las distintas instituciones que integran el sistema de salud, dotándolas de las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas y con capacidad de incidir positivamente en el sector.

BASE LEGAL

La Constitución dominicana del 2024, establece que: Los servicios públicos prestados por el Estado o por los particulares, en las modalidades legales o contractuales, deben responder a los principios de universalidad, accesibilidad, eficiencia, transparencia, responsabilidad, continuidad, calidad, razonabilidad y equidad tarifaria.

Es facultad exclusiva del Estado, según lo señalado por la Constitución en su Artículo No. 147, la regulación de los servicios públicos.

Por consiguiente, el Estado está llamado a definir políticas que promuevan e incentiven la tecnología y la innovación con el fin de favorecer el desarrollo sostenible, el bienestar humano, el fortalecimiento institucional y proteger la salud de los ciudadanos. Para poder ejercer la actividad de regulación, el resultado del monitoreo de los servicios prestados y de la gestión de estos por parte de los servidores públicos, constituye una herramienta fundamental que responde a una realidad evidenciada.

Herramientas como el SISMAP Salud contribuyen a tales fines y permiten a los tomadores de decisión construir políticas públicas basadas en datos reales y verificables. Es además una herramienta que pone a la disposición de la ciudadanía información crucial para su vigilancia y participación.

MARCO LEGAL

- **La Constitución de la República, proclamada y promulgada en el 2024.**
- **Ley No. 01-12**, del 25 de enero del 2012, de la Estrategia Nacional de Desarrollo y su Reglamento de implementación (Decreto No. 134-14).
- **Ley No. 105-13**, del 8 de agosto de 2013 sobre Regulación Salarial del Estado Dominicano, en la que se establece el marco regulador común de la política salarial para todo el sector Público Dominicano.
- **Ley No. 247-12**, Orgánica de la Administración Pública, del 4 de agosto del 2012, que establece los principios rectores y reglas básicas de la organización y funcionamiento de la Administración Pública; así como la forma de coordinación de los gobiernos locales con la Administración pública central y organismos descentralizados, dentro de los límites que establecen la constitución y la Ley.
- **Ley No. 41-08**, del 16 de enero de 2008, de Función Pública y sus Reglamentos, que regulan las relaciones de trabajo de las personas designadas por la autoridad competente, para desempeñar los cargos presupuestados, para la realización defunciones públicas en instituciones del Estado, los municipios y las entidades autónomas, en un marco de profesionalización de los servidores.
- **Ley No. 42-01** General de Salud de la República Dominicana.
- **Ley No. 123-15** que crea el Servicio Nacional de Salud.
- **Ley No. 340-06** sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones.
- **Reglamento No. 251-15**, del 13 de agosto del 2015, de Reclutamiento y Selección de Personal en la Administración Pública.
- **Reglamento No. 273-13**, del 13 de septiembre del 2013, sobre la Evaluación del Desempeño Institucional.
- **Reglamento No. 523-09**, del 21 de julio de 2009, que regula las relaciones de Trabajo y conducta entre los órganos del Estado y los funcionarios y servidores públicos.
- **Reglamento No. 525-09**, de 21 de julio de 2009, que regula la Evaluación del Desempeño y Promoción de los Servidores y Funcionarios de la Administración Pública.
- **Reglamento No. 527-09**, del 21 de julio de 2009, sobre Estructura Organizativa, Cargos y Política Salarial.
- **Decreto No. 211-10**, del 15 de abril de 2010, que declara de carácter obligatorio la aplicación del Modelo CAF (Marco Común de Evaluación) en la Administración Pública y las Cartas Compromiso al Ciudadano.



ORGANISMOS INVOLUCRADOS

Organismos Involucrados en el monitoreo de la Gestión Pública a los Centros Hospitalarios, a través del SISMAP Salud.

El Ministerio de Administración Pública (MAP) comparte la gestión operativa del SISMAP con el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), como órganos responsables de los indicadores relacionados a sus competencias.



SISMAP
SALUD

SISTEMA DE MONITOREO DE
LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
PARA SECTOR SALUD

FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

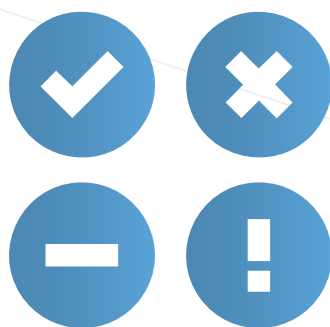
ESCALA DE VALORACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE

El SISMAP Salud está integrado por tres (3) Indicadores Básicos de Organización y Gestión (IBOG) y treinta y cuatro (34) Subindicadores Vinculados (SIV) relacionados con la Ley No. 41-08 de Función Pública y sus reglamentos, así como las normas y protocolos del sector salud dominicano.

Se utiliza un rango de puntuación cualitativa y cuantitativa con la que se mide a cada subindicador, en base a la calidad y validez de las evidencias presentadas por las Instituciones. Funciona en formato de colores del semáforo (rojo, amarillo y verde) y va de cero (0) a cien (100) puntos.

ESCALA DE VALORACIÓN

≤59	De 60 a 79	De 80 a 100		
				
Poco Avance	Cierto Avance	Objetivo Logrado	No Aplica	Inactivación Temporal



ESTATUS DE LOS SUBINDICADORES

Los subindicadores podrán presentar distintos estatus, los cuales deberán estar sustentados por una documentación validada por cada Dirección responsable de los mismos; y autorizada por la Máxima Autoridad del Ministerio de Administración Pública (MAP) y el Servicio Nacional de Salud (SNS), de acuerdo a los estatus establecidos son:

Activo: Establece que el indicador o subindicador estará habilitado y monitoreado en los Centros Hospitalarios bajo los requerimientos establecidos por los Órganos/áreas responsables.

Inactivación Temporal: Establece que el indicador o subindicador estará inactivo en los Centros Hospitalarios por un período definido por el órgano rector. Las inactivaciones podrán ser realizadas si se presentan algunas de las siguientes condiciones:

- La incorporación de un nuevo indicador que amerite un período de socialización, divulgación y/o estrategia de priorización de Centros Hospitalarios por parte del órgano/área responsable.
- El indicador o subindicador que esté en proceso de revisión por los Órganos responsables.

Extensiones de Vigencia: Define el indicador y/o subindicador en un estatus de extensión de tiempo a lo establecido en la Guía SISMAP Salud, por un evento de fuerza mayor o alguna priorización de los Órganos rectores. Las extensiones de vigencia deberán ser aplicadas a todos los Centros Hospitalarios.

No aplica: En los Centros Hospitalarios que leyes especiales inciden en aspectos específicos de su gestión, se les pondrá un No Aplica, a los indicadores y/o subindicadores relacionados con dichos elementos legales específicos.

VIGENCIA DE LA EVIDENCIA

Cada evidencia tiene un período de validez, fijado por cada unidad u órgano responsable del indicador. Una vez vencido ese período, el nivel de puntuación del indicador, pudiera verse afectado si el centro no remite la nueva evidencia en el plazo de que dispone.

La información obtenida por cualquiera de los medios antes citados, se denomina Evidencia y sirve como medio de verificación.

ALIMENTACIÓN DEL SISMAP SALUD

El SISMAP Salud se alimenta de las informaciones (documentos y registros) requeridas por los órganos responsables (MAP, SNS, INAP) a Centros Hospitalarios (de distintos niveles y especialidades) como evidencias de cumplimiento de los indicadores.

ACCESO PARA CONSULTA

El Sistema de Monitoreo de la Administración Pública (SISMAP) es una fuente permanente de consulta para los usuarios y ciudadanos en general, al que se accede externamente a través de <https://www.sismap.gob.do/SaludCiudadana> o desde el portal Web del Ministerio de Administración Pública (MAP) <https://map.gob.do/> haciendo clic en el ícono que lo identifica: “SISMAP Salud”.

FUENTES DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las informaciones que sustentan el cumplimiento de los indicadores y los niveles de avance de los Centros Hospitalarios se obtienen a través de diversas fuentes, tales como:



- Documentos que remiten directamente al MAP, SNS y el INAP vía correo electrónico, repositorio o a través de la unidad de correspondencia.
- Como resultado de los procesos que desarrollan los Centros Hospitalarios con los órganos responsables del monitoreo.

EVALUACIÓN Y CARGA DE EVIDENCIA

Previo a que las evidencias sean ingresadas al sistema, deben ser validadas por el personal asignado en la unidad responsable del indicador para verificar que cumplan con los requisitos establecidos en cada caso, en un plazo no mayor de diez días.



DESEMPEÑO DE LOS SUBINDICADORES

La Puntuación General de los Centros Hospitalarios en el SISMAP Salud es de 100%. Se obtiene de la sumatoria del Valor Otorgado a los Subindicadores Vinculados (SIV) multiplicada por el Peso del SIV y dividida entre la suma de los Pesos de los SIV, como vemos en la Ecuación 1.

$$\text{Puntuación General} = \frac{\sum (\text{Valor Otorgado SIV} * \text{Peso SIV}) \times 100}{\sum \text{Peso SIV}}$$

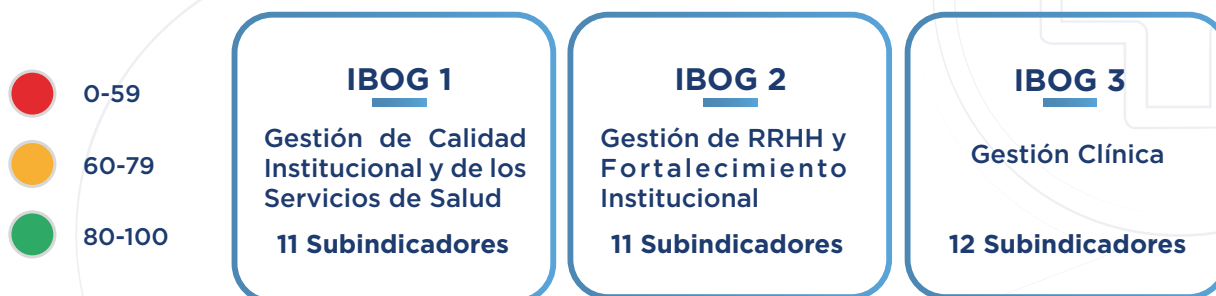
Las variables de la ecuación 1 de la puntuación general, están definidas de la forma siguiente:

- a) **Valor Otorgado:** Es el resultado obtenido luego de la validación de las evidencias remitidas por los Centros Hospitalarios al MAP, SNS y el INAP.
- b) **Peso Subindicador:** Vinculado (SIV): Es el peso otorgado al Subindicador Vinculado por el órgano rector, esto varía dependiendo de la prioridad institucional.

El Subindicador Vinculado (SIV) que tenga un estatus de No Aplica, su Peso se distribuirá entre otros subindicadores activos.

Tomando como referencia las evidencias que soportan el cumplimiento del Subindicador se utiliza una escala de 0-100, distribuida en tres rangos y colores de la forma siguiente:

INDICADORES BÁSICOS DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN (IBOGS)





SISMAP
SALUD

SISTEMA DE MONITOREO DE
LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
PARA SECTOR SALUD

IBOGS



IBOG 1: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Mide los avances de los centros hospitalarios en la implementación de herramientas de calidad para la mejora continua de la gestión y en la prestación de los servicios.

Subindicador 01.01 Autoevaluación CAF

Mide la cantidad de Centros Hospitalarios que implementan el Modelo Marco Común de Evaluación y poseen formalizado el Comité de Calidad Institucional.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
01.01 Autoevaluación CAF	5	 Objetivo Logrado	100	Guía de Autoevaluación presentando puntos fuertes y áreas de mejoras.	Hasta el 1ro. de julio de cada año.	Dirección de Evaluación de la Gestión Institucional (DEGI). Tel: 809-682-3298 Ext. 2350 al 2360
		 Poco Avance	40	Comunicación notificando la relación de miembros del comité de calidad institucional.	4 años o al cambio de la máxima Autoridad.	

Nota:

La Autoevaluación CAF debe ser remitida antes del treinta (30) de junio de cada año.

La guía de autoevaluación debe de trabajarse en versión actualizada.

El comité institucional de calidad debe ser remitido en el modelo de carta actualizado.

Subindicador 01.02 Plan de Mejora CAF

Presenta los Centros Hospitalarios que poseen elaborado un Plan de Mejora Institucional resultado de la Autoevaluación con el Modelo CAF y la remisión de los informes de Implementación de este.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
1.02 Plan de Mejora CAF	5	 Objetivo Logrado	100	Informe con el 85% o más de implementación con sus evidencias (50 puntos).	Hasta el 1ro. de julio del siguiente año.	Dirección de Evaluación de la Gestión Institucional (DEGI). Tel: 809-682-3298 Ext. 2350 al 2360
		 Cierto Avance	75	Informe con el 50% o más de implementación con sus evidencias (25 puntos).	Diciembre 31, del año de implementación.	
		 Poco Avance	50	Plan de Mejora del año siguiente, a implementar de enero a diciembre.	Hasta el 31 de agosto de cada año.	

Nota: Los Planes de Mejora deben ser remitidos antes del 31 de agosto de cada año.

Los planes de mejoras deben contener mínimo 10 acciones de mejora para trabajar en el año. Los informes de implementación deben contener las evidencias de las acciones implementadas con el nivel de avance en cada una.

Subindicador 01.03 Carta Compromiso

Son documentos a través de los cuales las instituciones públicas informa al ciudadano/cliente sobre los servicios que gestionan, como acceder y obtener esos servicios y los compromisos de calidad establecidos para su prestación.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
01.03 Carta Compromiso	5	 Objetivo Logrado	100	Resolución que aprueba la Carta Compromiso al Ciudadano.	1 año	Departamento de Análisis Regulatorio y Compromisos de Servicios. Tel: 809-682-3298 Ext. 2520 al 2525.
		 Cierto Avance	80-100	Comunicación remitiendo informe de cumplimiento de la Carta Compromiso de 51% a 100%.	1 año	
			70-79	Comunicación remitiendo informe de cumplimiento de la Carta Compromiso de 0% a 50%.	1 año	
			59	Borrador de Carta Compromiso al Ciudadano (brochure) se revisará el borrador y se carga la portada.	1 año	
			20	Lista de participantes a charla sobre Cartas Compromiso al Ciudadano.	06 meses	
		 Poco Avance				

Nota:

1. Estas valoraciones contemplan el proceso de elaboración hasta la aprobación de la Carta Compromiso durante el primer año.
2. A partir del 1er. año la valoración, está sujeta a cambios dependiendo de los resultados de las evaluaciones anuales.
3. Valores a partir del 1er. año de implementación de la Carta Compromiso.
4. Las valoraciones acordes el nivel de cumplimiento de la Carta Compromiso no aplica para las Instituciones que después del 2do. año deben ser actualizadas, según los requerimientos estipulados en la Guía de Elaboración de Cartas Compromiso.

Subindicador 01.04 Índice de Satisfacción de Usuarios

En este subindicador se refleja el porcentaje de satisfacción alcanzado en el Centro, por parte de los ciudadanos, el cual se monitorea de manera semestral.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
01.04 Índice de Satisfacción de Usuarios	5	 Objetivo Logrado  Cierto Avance  Poco Avance	80-100 60-79 0-59	Informe de resultados de la Encuesta de satisfacción de usuarios realizada, (puntuación de 0 a 100, proporcional al a puntuación obtenida).	Semestral: 31 de julio y 31 de enero.	Departamento de Monitoreo y Evaluación de los Servicios Públicos. Tel: 809-682-3298 Ext. 2541 al 2543.

Subindicador 01.05 Control de Calidad en el Almacenamiento e Inventarios de Medicamentos e Insumos

Mide el control de los inventarios de medicamentos e insumos con el objetivo de garantizar la dotación de medicamentos e insumos a los Centros Hospitalarios.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
01.05 Control de Calidad en el Almacenamiento e Inventarios de Medicamentos e Insumos	2.5	 Objetivo Logrado  Cierto Avance  Poco Avance	80-100 60-79 0-59	Relación directa con el formulario de buenas prácticas de almacén y trazabilidad de medicamentos.	Semestral	Dirección de Medicamentos e Insumos Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3410

Nota:

1. Se debe utilizar la versión actualizada del formulario DMI-FO-015: Buenas Prácticas de Almacén y Trazabilidad de Medicamentos.
2. El formulario deberá contener el nombre del establecimiento, la fecha de la evaluación y estar firmado y sellado por el Responsable de Farmacia del establecimiento de salud.
3. Incluir fotografías de todas las áreas evaluadas, sin edición y a color.
4. Las evidencias deberán ser cargadas por el Hospital a la plataforma, cada semestre (junio y diciembre de cada año).

Subindicador 01.06 Plan Mantenimiento Preventivo y Correctivo de infraestructura, mobiliarios y equipos

Desarrollo e implementación del Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo en miras a que la facilidad se encuentre en condiciones óptimas para los usuarios.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
01.06 Plan Mantenimiento Preventivo /Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios y equipos.	2.5		100	Evidencia T4 de ejecución del plan de mantenimiento.	Hasta el 20 de Diciembre del año en curso.	Dirección de Infraestructura y equipos. Tel: (809)221-3637 Ext.: 3353
			85	Evidencia T3 de ejecución del plan de mantenimiento.	Hasta el 31 de Octubre del año en curso.	
			70	Evidencia T2 de ejecución del plan de mantenimiento.	Hasta el 31 de Julio del año en curso.	
			55	Evidencia T1 de ejecución del plan de mantenimiento.	Hasta el 30 de Abril del año en curso.	
			40	Plan de Mantenimiento año en curso.	Al 31 de enero del año en curso.	
		Objetivo Logrado				
		Cierto Avance				
		Poco Avance				

Criterios de Evaluación:**Plan de Mantenimiento: 40 puntos:**

- Entrega en tiempo establecido (10 puntos): Presentado dentro del plazo formal acordado.
- Estructura y contenido completo (10 puntos): Incluye foto de la portada del centro de salud, marco teórico, objetivos, alcance, cronogramas, recursos, responsables, metodología de trabajo y matriz de seguimiento.
- Coherencia técnica (10 puntos): Actividades alineadas con necesidades reales y con la frecuencia adecuada según la infraestructura y equipos de cada centro de salud.
- Formalidad documental (10 puntos): Documentos aprobados, firmados y sellados correctamente.

Evidencias trimestrales de ejecución del plan de mantenimiento: 15 puntos

- **Entrega oportuna del reporte (5 puntos):** Dentro del plazo establecido para el trimestre correspondiente.
- **Nivel de ejecución vs planificado (5 puntos):** Porcentaje de actividades realizadas según el plan.
- **Calidad de evidencias (3 puntos):** Fotografías, órdenes de trabajo, actas, check list firmados, informes, reportes mensuales y otros soportes válidos.
- **Análisis y observaciones técnicas (2 puntos):** Incluye incidencias, correctivos aplicados y recomendaciones técnicas.

Consideraciones:

1. El establecimiento de salud debe establecer un formato único de reporte.
2. Antes de cargar las informaciones deben validar que las evidencias cuenten con la firma de los responsables.
3. El periodo para evaluar y puntuar las evidencias por parte del gestor está comprendido dentro de los 10 días hábiles después del vencimiento de la vigencia de entrega.
4. El plan de mantenimiento deberá ser cargado a más tardar el 31 de enero del año vigente, en formato pdf, sellado y firmado por el responsable de mantenimiento del establecimiento.

Subindicador 01.07 Porcentaje de Cumplimiento de Acciones Priorizadas de Bioseguridad y Prevención y Control de Infecciones

Mide el grado de cumplimiento de acciones priorizadas de bioseguridad y prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
01.07 Porcentaje de Cumplimiento de Acciones Priorizadas de Bioseguridad y Prevención y Control de Infecciones	2	 Objetivo Logrado  Cierto Avance  Poco Avance	80-100 60-79 0-59	Porcentaje de Cumplimiento de Acciones Priorizadas de Bioseguridad y Prevención y Control de Infecciones	Hasta el 20 de diciembre	Departamento de Prevención y Control de Riesgos Biológicos de la Dirección de Gestión de Calidad en los Servicios de Salud Tel: (809) 221-3637 Ext.: 2289

Criterios de Evaluación:

El establecimiento debe enviar las evidencias requeridas al área gestora, a través de las carpetas designadas para los fines:

- **Actas de conformación de comités (6 puntos):** El establecimiento de salud deberá remitir las evidencias de las actas de conformación de los siguientes comités: Bioseguridad (2pts), Prevención y Control de Infecciones (2pts) y el comité Ambiental, Higiene y Desechos (2pts) a más tardar el 31 de enero del año vigente. Se deberán utilizar los formularios DGCSS-FO-063: Acta Constitutiva Comité Ambiental de Higiene y Desechos Hospitalarios y el DGCSS-FO-064: Acta Constitutiva Comité de Bioseguridad Hospitalaria para la conformación de los comités.
- **Minutas de reuniones de los comités (12 puntos):** Cada comité deberá realizar al menos una (1) reunión trimestral y remitir las minutas correspondientes.
- **Autoevaluaciones de bioseguridad (12 puntos):** Las autoevaluaciones deberán ser realizadas mediante el formulario DCH-FO-035: Formulario de Evaluación de Bioseguridad en CEAS y enviarse a más tardar 5 días posterior al corte del trimestre.
- **Plan de mejora de los procesos de bioseguridad (5 puntos):** El plan de mejora de los procesos de bioseguridad deberá remitirse a más tardar el 30 de mayo del año vigente y elaborarse con el formulario DGCSS-FO-005: Plan de Mejora de Servicios de Salud.
- **Informe de ejecución del plan de mejora de bioseguridad (10 puntos):** El informe de ejecución deberá remitirse cada diciembre del año vigente y elaborarse con el formulario DPD- FO-013 en su última versión. El informe debe evidenciar una ejecución del plan de mejora en al menos un 85%.
- **Ficha de control de cloro (6 puntos):** Se deberá monitorear la calidad del agua en áreas críticas del establecimiento de salud, mostrando acciones de control diario de cloro residual a través de la matriz destinada para los fines. La evidencia deberá remitirse cada trimestre.
- **Estudio microbiológico de agua (9 puntos):** Se deberá remitir evidencias de la realización de estudios microbiológicos del agua cada junio y diciembre del año en curso.
- **Informe de ruta de desechos (Ruta Sanitaria) (10 puntos):** Deberá contener descripción gráfica o escrita del trayecto de los desechos peligrosos y comunes del Establecimiento, desde su generación (servicios) hasta la disposición final en el Establecimiento, incluyendo detalles de frecuencia y horarios de recolección. Debe remitirse a más tardar el 30 de mayo del año vigente.
- **Listas de participación en capacitaciones relacionadas a bioseguridad (20 puntos):** Las capacitaciones sobre bioseguridad deberán estar relacionadas con higiene de manos, uso de EPP, disposición segura de desechos y manejo ante exposiciones a riesgo biológico. Estas deberán impartirse de manera separada: una dirigida al personal de atención directa (médicos, enfermería y laboratorio) y otra dirigida al personal de servicios generales (conserjería, mantenimiento, administrativo, etc.), considerando las funciones y niveles de riesgo propios de cada grupo.
- **Listas de participación en capacitaciones relacionadas a medidas preventivas de Eventos Adversos (10 puntos):** Las capacitaciones sobre medidas preventivas de Eventos Adversos deberán ser relacionadas a errores de medicación, relacionados con la cirugía, transfusiones sanguíneas, Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y eventos adversos en el embarazo, parto y puerperio; dirigidas al personal médico y enfermería.
- Las evidencias de las capacitaciones deberán ser remitidas a más tardar el 15 de diciembre del año vigente, a través de listas de asistencias DCG-FO-001 y fotos.
- La puntuación final será cargada en la plataforma por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 01.08 Porcentaje de Cumplimiento de Acciones para Incremento de la Adherencia a Protocolos de Atención

Mide el grado de cumplimiento de las iniciativas dirigidas a garantizar el cumplimiento de los protocolos de atención emitidos por el Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de mejorar la calidad y seguridad de la atención mediante la implementación de planes de mejora, monitoreos, capacitaciones al personal y otras actividades a cargo del Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
01.08 Porcentaje de Cumplimiento de Acciones para Incremento de la Adherencia a Protocolos de Atención	3	 Objetivo Logrado  Ciertamente Avance  Poco Avance	80-100 60-79 0-59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador	Hasta el 20 de diciembre	Departamento de Monitoreo de la Calidad de los Servicios de Salud de la Dirección de Gestión de Calidad en los Servicios de Salud Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3389

Nota:

La puntuación final será cargada en la plataforma por el área gestora en la fecha correspondiente

Criterios de Evaluación:

El establecimiento deberá enviar las evidencias requeridas al área gestora, a través de las carpetas designadas para los fines:

- **Minutas de reuniones del Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (25 puntos):** El Comité deberá reunirse una (1) vez al mes y remitir las doce (12) minutas derivadas de estas reuniones a más tardar el 15 de diciembre del año vigente.
- **Listas de participación en capacitaciones relacionadas a los protocolos nacionales emitidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (35 puntos):** El establecimiento de salud deberá remitir evidencias de todas las capacitaciones realizadas en el año, relacionadas a los protocolos nacionales emitidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y enviar a más tardar el 15 de diciembre del año vigente.
- **Informe anual de seguimiento al cumplimiento de los protocolos de atención (20 puntos):** El informe anual de seguimiento al cumplimiento de los protocolos de atención deberá elaborarse con el formulario DPD-FO-013 en su última versión y comprender el seguimiento de las acciones realizadas durante los últimos doce meses y remitirlo a más tardar el 15 de diciembre del año vigente.
- **Plan de mejora del cumplimiento de los protocolos de atención (10 puntos):** El plan de mejora del cumplimiento de los protocolos de atención deberá remitirse a más tardar los días 15 de abril, 15 de agosto y/o 15 de diciembre del año vigente según corresponda, y elaborarse con el formulario DGCS-FO-005: Plan de Mejora de Servicios de Salud.
- **Informe de ejecución del plan de mejora (10 puntos):** El informe de ejecución del plan de mejora deberá remitirse a más tardar el 15 de diciembre del año vigente, mediante el formulario DPD-FO-013 en su última versión.

Subindicador 01.09 Gestión y Calidad en el Área de Laboratorio Clínico

Evalúa la gestión y calidad de las áreas de laboratorios clínicos de los establecimientos de salud con el objetivo de lograr su certificación mediante la norma ISO 15189:2012 sobre requisitos de calidad y competencia para laboratorios clínicos.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
01.09 Gestión y Calidad en el Área de Laboratorio Clínico	3	 Objetivo Logrado  Cierto Avance  Poco Avance	80-100 60-79 0-59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.	Hasta el 20 de diciembre	Dirección Laboratorios Clínicos e Imágenes Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3405 / 3456

Nota:

1. La evaluación de la gestión y calidad en el área de laboratorio clínico se realizará con base en la Lista de Verificación del Proceso de Mejora Gradual del Laboratorio (Calidad) Versión 2:2015 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 01.10 Porcentaje de Cumplimiento Requisitos de Higiene, Ornato y Limpieza

Mide el grado en el que un Hospital cumple con los estándares establecidos para la limpieza, el mantenimiento de la apariencia (ornato) y las condiciones de higiene dentro de sus instalaciones. Este indicador evalúa si las áreas del Hospital (como habitaciones, pasillos, baños, quirófanos, entre otros) cumplen con las normativas y prácticas de higiene y mantenimiento exigidas para garantizar un ambiente seguro y saludable para los pacientes, el personal y los visitantes.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
01.10 Porcentaje de Cumplimiento Requisitos de Higiene, Ornato y Limpieza	3	 Objetivo Logrado  Ciertamente Avance  Poco Avance	80-100 60-79 0-59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.	Hasta el 20 de diciembre	Dirección de Centros Hospitalarios Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3363

Nota: Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 01.11 Porcentaje de Cumplimiento de acciones de preparación para la habilitación

Evalúa el grado de cumplimiento de las acciones establecidas para cerrar las brechas identificadas a través de las auto inspecciones respecto a los requisitos de habilitación de los servicios de salud.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
01.11 Porcentaje de Cumplimiento de los Criterios de Habilitación.	2	 Objetivo Logrado  Ciertamente Avance  Poco Avance	80-100 60-79 0-59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.	Hasta el 20 de diciembre	Dirección de Gestión de Calidad de los Servicios de Salud Tel: 809-221-3637 Ext.: 3448

Nota:

La puntuación final será cargada en la plataforma por el area gestora en la fecha correspondiente.

Criterios de Evaluación:

El Centro debe enviar las evidencias requeridas al área gestora, a través de las carpetas designadas para los fines:

- Formularios de Autoinspección completado, acorde a cartera de servicios aprobada (40 puntos): Los formularios de autoinspección deberán remitirse a más tardar el 31 de marzo del año vigente.
- Plan de mejora de habilitación del Hospital alineado a los hallazgos de la autoinspección (15 puntos): Se le otorgará 10 puntos por la carga del plan de mejora y 5 puntos por la verificación de los criterios de habilitación en el plan, utilizando el formulario DGCSS-FO-005 Formulario de Plan de Mejora de Servicios de Salud en su última versión. Deberá remitirse a más tardar el 30 de junio del año vigente.
- Evidencias de implementación del plan de mejora (45 puntos): Las evidencias de implementación del plan de mejora pueden incluir fotos del antes y después, conduce o documento de recepción de bienes, entre otros, que avalen su ejecución. Deberá remitirse a más tardar el 30 de noviembre del año vigente.
- Si las evidencias de implementación del plan de mejora equivalen a un 50 % o menos de ejecución, logrará 0 a 10 puntos; una implementación entre un 51-79%, logrará de 11 a 25 puntos; y si evidencia 80 -100 % de implementación, logrará de 26 a 45 puntos.
- La puntuación final será cargada en la plataforma por el area gestora en la fecha correspondiente.





IBOG 2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

Mide la gestión administrativa del centro de salud en lo relativo a la organización del trabajo, rendimiento laboral, formación, planificación operativa, manejo eficiente de la información, la transparencia, los mecanismos de compras, el control interno y aspectos vinculados.

Subindicador 02.01 Estructura Organizativa y Manual de Organización y Funciones.

Mide los avances de las Instituciones Públicas en el establecimiento de un sistema eficaz para la gestión, en términos de organización estructural funcional y descripciones de puestos de trabajo.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.01 Estructura Organizativa y Manual de Organización y Funciones	5	 Objetivo Logrado	100	Manual de Organización y Funciones y Resolución Aprobatoria refrendada por el MAP.	Permanente	Departamento de Estructuras Organizativas, de la Dirección de Diseño Organizacional y Remuneraciones 809-682-3298, Ext. 2500 hasta 2507.
			80	Comunicación o Captura de Pantalla del correo remitiendo el Borrador del Manual de Organización y Funciones.	3 meses	

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.01 Estructura Organizativa y Manual de Organización y Funciones	5	 Cierto Avance	70	Resolución Aprobatoria de la Estructura Organizativa refrendada por el MAP.	Permanente	Departamento de Estructuras Organizativas, de la Dirección de Diseño Organizacional y Remuneraciones 809-682-3298 , Ext. 2500 hasta 2507.
		 Poco Avance	60	Comunicación o Captura de Pantalla del correo remitiendo el Informe Diagnóstico.	6 meses	
			40	Remisión física o digital de los levantamientos de información.	3 meses	
			10	Comunicación conformando equipo contraparte.	2 meses	

Subindicador 02.02 Gestión de Acuerdos de Desempeño

Mide los avances de las instituciones en la aplicación de los instrumentos fiables y válidos diseñados para medir el rendimiento laboral y la conducta de las personas de la organización, en congruencia con los objetivos del puesto e indicadores precisos que estimulan la mejora del desempeño y que implica la participación de los directivos y superiores inmediatos de las personas evaluadas.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.02 Gestión de Acuerdos de Desempeño	5	 Objetivo Logrado	80 - 100	Plantilla de servidores con Acuerdos de Desempeño Elaborados. (Puntuación de 0 a 100 proporcional al porcentaje de Acuerdos)	Al 31 de mayo del año siguiente	Dirección de Evaluación del Desempeño Laboral Tel: 809-682-3298 Ext. 2440, 2442 al 2450.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.02 Gestión de Acuerdos de Desempeño	5	 Cierto Avance	60 - 79	Plantilla de servidores con Acuerdos de Desempeño Elaborados. (Puntuación de 0 a 100 proporcional al porcentaje de Acuerdos)	Al 31 de mayo del año siguiente	Dirección de Evaluación del Desempeño Laboral Tel: 809-682-3298 Ext. 2440, 2442 al 2450.
		 Poco Avance	0 - 59			
		 Mantiene o Disminuye del puntaje obtenido	De 0 a menos (-) 25 puntos	Formulario de Revisión de Minutas de Monitoreo de Acuerdos de Desempeño Laboral recibidas en Septiembre.	Hasta el 1ro. Noviembre del año en curso	

Nota:

Se hará una única carga de la primera plantilla revisada y calificada como evidencia del subindicador, es decir, que otras plantillas recibidas no serán cargadas ni calificadas para el SISMAP.

Criterios para revisar y calificar las evidencias requeridas para el subindicador 2.02 Gestión de Acuerdos de Desempeño:

1. La puntuación será el resultado de la cantidad de servidores con acuerdos de desempeño elaborados y reportados a la DEDL del MAP sobre la cantidad de servidores declarado en el Consolidado del Personal Activo del mes correspondiente en formato Excel, a excepción del personal de seguridad militar, verificable en el consolidado firmado y sellado por el/la Director(a) del Centro Hospitalario y Recursos Humanos remitido en formato PDF, Posteriormente, la puntuación puede verse afectada si no se remiten las evidencias solicitadas de los Monitoreos de los Acuerdos de Desempeño realizados por los Directivos o Supervisores inmediatos a su personal supervisado.
2. La plantilla de servidores con acuerdos de desempeño elaborados para el año en curso debe reportarse a la DEDL del MAP a más tardar el último día laborable del mes enero o en otro plazo (s) establecido(s) en la circular y cronograma que se emite cada año sobre el proceso de Gestión y Evaluación del Desempeño Laboral.
3. Luego de recibida la plantilla de servidores con acuerdos de desempeño, y con la finalidad de verificar informaciones de ésta, la DEDL solicitará una muestra de los acuerdos de desempeño elaborados de forma deliberada a los responsables de la administración del proceso de Evaluación del Desempeño Laboral vía correo electrónico. Recursos Humanos tienen un plazo de tres (03) días laborables para la remisión de lo solicitado por la misma vía.
4. Por la remisión de la muestra de acuerdos de desempeño fuera del plazo establecido, o enviar menos acuerdos o diferentes a los solicitados, el Centro Hospitalario perderá cinco (5) puntos adicionales, luego de aplicar la fórmula de cálculo para su calificación final en el subindicador.
5. Cuando haya retraso en remitir las plantillas de servidores con acuerdos de desempeño elaborados, menor o igual a 10 días laborables, perderá cinco (5) puntos; si el retraso es mayor a 10 días laborables, perderá diez (10) puntos, luego de aplicar la fórmula de cálculo para su calificación en el subindicador, hasta el 31 de marzo.

6. Cuando las plantillas de servidores con acuerdos de desempeño elaborados sean remitidas a la DEDL del MAP desde el día 1ro. al 30 de abril, obtendrán la mitad de los puntos que corresponda luego de aplicar la fórmula de cálculo para su calificación en el subindicador.
7. Las plantillas de servidores con acuerdos de desempeño elaborados remitidas a partir del día 1ro. de mayo serán cargadas; sin embargo, no tendrán puntuación en el SISMAP Salud.
8. En la primera semana laborable del mes de Septiembre, la DEDL solicitará a los responsables de la administración del proceso de Evaluación del Desempeño laboral las evidencias del Monitoreo de los acuerdos de desempeño del personal (minutas y acuerdos de desempeño específicos) para mantener o no la puntuación alcanzada en este subindicador. El plazo para enviar las evidencias solicitadas es de tres (3) días laborables.
9. Los analistas de la DEDL podrán solicitar acuerdos de desempeño específicos para confirmar informaciones de las minutas de monitoreo recibidas.
10. Por el incumplimiento del plazo establecido para la remisión de minutas de monitoreo de acuerdos de desempeño y la calidad de éstas, los centros hospitalarios podrían perder hasta veinticinco (25) puntos.
11. Si el retraso es menor o igual a 10 días laborables, perderá un (1) punto por cada día de retraso. Si el retraso es mayor a 10 días laborables, perderá quince (15) puntos, hasta el 30 de septiembre.
12. En adición, el Centro Hospitalario podría perder de cero (0) a diez (10) puntos de la calificación previa alcanzada en el subindicador. Cinco (5) puntos corresponde a la calificación obtenida de la revisión y la calidad del contenido en los renglones del formulario de las minutas de monitoreo de los acuerdos de desempeño. Por enviar menor cantidad de minutas de monitoreo de la requerida, perderá hasta tres (3) puntos y por enviar minutas diferentes a las unidades o áreas solicitadas, perderá hasta dos (2) puntos.
13. Si las minutas del monitoreo de acuerdos de desempeño son remitidas en el último trimestre del año (octubre-diciembre) o en su defecto no sean remitidas en el plazo establecido, los centros hospitalarios perderán veinticinco (25) puntos de la calificación previa alcanzada en el subindicador.
14. Como parte del seguimiento a la gestión del proceso, se les comunicará a los responsables del referido proceso de los centros hospitalarios, las fortalezas y oportunidades de mejora identificadas en las evidencias de minutas de monitoreos de acuerdo de desempeño revisadas.
15. En casos requeridos, la Dirección de Evaluación del Desempeño Laboral - DEDL aplicará una extensión del plazo de vigencia en el subindicador a las instituciones que hayan remitido sus evidencias oportunamente para que su puntuación no sea afectada, si fuera a vencer el plazo de vigencia establecido antes de la carga pertinente.

Subindicador 02.03 Evaluación del Desempeño por Resultados y Competencias

Permite valorar el grado de cumplimiento de los servidores públicos en base a sus conocimientos y habilidades relacionado a las metas de la organización (rendimiento) y la conducta; vinculados a la cantidad de acuerdos de desempeños establecidos y notificados.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.03 Evaluación del Desempeño por Resultados y Competencias	5	 Objetivo Logrado	80 - 100	Plantilla de reporte de resultados de la Evaluación del Desempeño Laboral. (Puntuación de 0 a 100 proporcional al porcentaje de servidores evaluados).	Al 31 de mayo del año siguiente	Dirección de Evaluación del Desempeño Laboral Tel: 809-682-3298 Ext. 2440, 2442 al 2450.
		 Cierto Avance	60 - 79			

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.03 Evaluación del Desempeño por Resultados y Competencias	5	 Poco Avance	0 - 59	Plantilla de reporte de resultados de la Evaluación del Desempeño Laboral. (Puntuación de 0 a 100 proporcional al porcentaje de servidores evaluados).	Al 31 de mayo del año siguiente	Dirección de Evaluación del Desempeño Laboral Tel: 809-682-3298 Ext. 2440, 2442 al 2450.
		 Mantiene o Disminuye el puntaje obtenido	De 0 a menos (-) 25 puntos	Form. de Revisión del Informe Técnico de Evaluación del Desempeño Laboral recibido en la tercera semana de marzo.	Hasta el 1ro. Julio del año en curso	

Nota:

Se hará una única carga de la primera plantilla revisada y calificada como evidencia del subindicador, es decir, que otras plantillas recibidas no serán cargadas ni calificadas para el SISMAP.

Criterios para revisar y calificar las evidencias requeridas para el subindicador 2.03 Evaluación del Desempeño por Resultados y Competencias.

1. La puntuación será el resultado de la cantidad de evaluados reportados a la DEDL del MAP sobre la cantidad de servidores declarados en el Consolidado del Personal Activo del mes correspondiente en formato Excel, a excepción del personal de seguridad militar, verificable en el consolidado firmado y sellado por el/la Director(a) del Centro Hospitalario y Recursos Humanos remitido en formato PDF, Posteriormente la puntuación puede verse afectada si no se evidencia la elaboración y remisión del informe técnico del proceso o por remisión de plantillas de inclusión de servidores evaluados fuera del plazo establecido en el cronograma de la circular correspondiente.
2. La plantilla de servidores evaluados debe reportarse a la DEDL del MAP a más tardar el último día laborable del mes enero o en otro plazo (s) establecido(s) en la circular y cronograma que se emite cada año sobre el proceso de Gestión y Evaluación del Desempeño Laboral.
3. Luego de recibida la plantilla de servidores evaluados, y con la finalidad de revisar la misma, la DEDL solicitará una muestra de los formularios de evaluaciones de forma deliberada, a los responsables de la administración del proceso de Evaluación del Desempeño laboral vía correo electrónico. Recursos Humanos tiene un plazo de tres (03) días laborables para la remisión de lo solicitado por la misma vía.
4. Por la remisión de formularios de evaluaciones del desempeño fuera del plazo establecido, enviar menos formularios o diferentes a los solicitados, los centros hospitalarios perderán cinco (5) puntos.
5. Cuando haya retraso en remitir la plantilla de servidores evaluados, menor o igual a diez (10) días laborables, perderá cinco (5) puntos; si el retraso es mayor a diez (10) días laborables, perderá diez (10) puntos, hasta el 31 de marzo.
6. Cuando las plantillas de servidores evaluados sean remitidas a la DEDL del MAP desde el día 1ro. al 30 de abril, obtendrán la mitad de los puntos que corresponda luego de aplicar la fórmula de cálculo para su calificación en el subindicador.
7. Las plantillas de servidores evaluados remitidas a partir del día 1ro de mayo serán cargadas; sin embargo, no tendrán puntuación en el SISMAP Salud.
8. Por cada plantilla de inclusión y/o rectificación remitida fuera del plazo establecido en el cronograma de la circular pertinente, se le restará cinco (5) puntos de la calificación final en el subindicador.
9. No se recibirán inclusiones o rectificaciones de servidores evaluados doce (12) meses después del período evaluado.

10. Por el incumplimiento del plazo establecido para la remisión del informe técnico de los resultados del proceso de evaluación del desempeño laboral y la calidad de éste, los centros hospitalarios podrían perder hasta veinticinco (25) puntos, luego de aplicar la fórmula de cálculo para su calificación final en el subindicador.
11. Si el retraso en remitir el informe técnico es menor o igual a 10 días laborables, perderá cinco (5) puntos. Si el retraso es mayor a 10 días laborables, perderá diez (10) puntos, hasta el 30 de abril.
12. En adición, por la valoración de la calidad del informe técnico elaborado, los centros hospitalarios podrían perder de cero (0) a diez (10) puntos de la calificación previa alcanzada en el subindicador.
13. Si el informe técnico es remitido a partir del 1 de mayo, perderá quince (15) puntos de la calificación previa alcanzada en el subindicador.
14. Si el informe técnico es remitido a partir del día 01 de junio, los centros hospitalarios perderán veinticinco (25) puntos de la calificación previa alcanzada en el subindicador.
15. Como parte del seguimiento a la gestión del proceso, se les comunicará a los responsables del referido proceso de los centros hospitalarios, las fortalezas y oportunidades de mejora identificadas en el informe técnico revisado.
16. En casos requeridos, la Dirección de Evaluación del Desempeño Laboral-DEDL aplicará una extensión del plazo de vigencia en el subindicador a las instituciones que hayan remitido sus evidencias oportunamente para que su puntuación no sea afectada, si fuera a vencer el plazo de vigencia establecido antes de la carga pertinente.

Subindicador 02.04 Plan Anual de Capacitación

Permite medir y evaluar el grado de cumplimiento del desarrollo, avances y resultados de las acciones de capacitación programadas para el personal durante el año.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.04 Plan Anual de Capacitación	5	 Objetivo Logrado	80 - 100	Informe de avance del Plan Anual de Capacitación con sus evidencias: -Más de un 85% (40 puntos) -Más de un 65% (30 puntos) -Más de un 45% (20 puntos).	Hasta el 31 de mayo del año siguiente	Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). Tel: 809-689-8955 Ext. 237
		 Cierto Avance	70	Informe de avance del Plan Anual de Capacitación con sus evidencias, en más de un 25% (10 puntos).	Hasta el 31 de mayo del año siguiente	
			60	Inducción a la Administración Pública: Curso de Inducción (5 puntos), Carta de Levantamiento (5 puntos).	Hasta el 31 de mayo del año siguiente	

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.04 Plan Anual de Capacitación	5	 Poco Avance	50	Plan Anual de Capacitación Validado.	Hasta el 1ro. de diciembre	Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). Tel: 809-689-8955 Ext. 237

Nota:

1. El Plan Anual de Capacitación (PAC) debe ser enviado al correo: pac.salud@inap.gob.do hasta el 20 de noviembre de cada año.
2. Las evidencias de la implementación del Plan de Capacitación (Listados de asistencias y certificados), deben ser remitidas a través del repositorio de evidencias y/o al correo de SISMAP Salud: sismapsalud@inap.gob.do.
3. La Carta de levantamiento de los colaboradores que han tomado la Inducción a la Administración Pública, deben remitirse al INAP a finales del mes de enero previo a su ejecución, al correo: sismapsalud@inap.gob.do.
4. Las evidencias del plan de capacitación y la ejecución de este, tienen una vigencia anual que comprende desde enero a diciembre, sin embargo, la puntuación acumulada hasta el 31 de diciembre de cada año será vigente hasta el 31 de marzo del siguiente año.

Subindicador 02.05 Porcentaje de cumplimiento del POA

Mide el cumplimiento de los objetivos, productos, indicadores, metas, cronogramas, resultados esperados y actividades para verificar la eficacia, eficiencia y efectividad de los planes operativos anuales en función de las actividades programadas.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.05 Porcentaje de cumplimiento del POA	3	 Objetivo Logrado  Cierto Avance  Poco Avance	80 - 100 60 - 79 0 - 59	Relación directa del informe del Monitoreo realizado por SNS Central.	Trimestral	Dirección Planificación y Desarrollo Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3360

Nota:

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 02.06 Porcentaje de Objeción Glosas Médicas y Administrativas

Evalúa la ejecución del proceso de cobro de servicios que han sido glosados por parte de los pagadores, impidiendo el recaudo efectivo de los servicios prestados, debido a la falta de articulación y comunicación de los procesos asistenciales con los de facturación, lo que se traduce en una disminución de los ingresos operacionales.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.06 Porcentaje de Objeción Glosas Médicas y Administrativas	3	 Objetivo Logrado  Poco Avance	100 0	Reporte Glosa ARS SENASA.	Trimestral: 30 de abril 30 de julio 30 de octubre 30 de enero	Dirección de Centros Hospitalarios Tel: (809) 221-3637 EXT.:3363).

Nota:

1. La meta establecida para este indicador es una glosa menor o igual al 5%.
2. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 02.07 Porcentaje cumplimiento SISCOMPRAS

Mide el uso del portal transaccional de la Dirección de Compras y Contrataciones. En él se mide planificación de compras, publicación y gestión de procesos, administración de contratos, compras MiPymes, persona física y MiPymes mujeres.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.07 Porcentaje cumplimiento SISCOMPRAS	2	 Objetivo Logrado  Cierto Avance  Poco Avance	80 - 100 60 - 79 0 - 59	Relación directa del portal SISCOMPRAS.	Trimestral: 30 de abril 30 de julio 30 de octubre 30 de enero	Departamento de SISCOMPRA (809)682-7407 ext. 2042

Nota:

1. Enlace para consulta: <https://www.dgcp.gob.do/siscompras/>
2. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 02.08 Porcentaje de Cumplimiento Lineamientos Control Interno

Mide el grado de cumplimiento de los establecimientos de salud con los lineamientos y normativas establecidas para el control interno. Evalúa componentes como: gestión del efectivo en caja y banco, cuentas por pagar, activo fijo, almacén, compras, recursos humanos, entre otros.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.08 Porcentaje de Cumplimiento Lineamientos Control Interno	3	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador o informe de implementación del Plan de Mejora.	Hasta el 20 de diciembre.	Dirección de Fiscalización. Tel: (809) 221-3637 Ext: 3069 / 3070
		 Cierto Avance	60 - 79			
		 Poco Avance	0 - 59			

Nota:

1. Algunos hospitales serán evaluados mediante una visita presencial, utilizando los formularios de evaluación del control interno; en cambio, otros serán evaluados en función del nivel de ejecución de su plan de mejora.
2. El reporte de las evaluaciones presenciales será cargado por el área gestora en las fechas correspondientes.
3. Los establecimientos de salud evaluados a partir del informe de ejecución del plan de mejora deberán cargar las evidencias en la plataforma.
4. La evaluación tiene una calificación total máxima de 100 puntos, de los cuales 55 puntos se otorgan por cumplir los requisitos de control interno de los procesos: Gestión del Efectivo Caja y Banco, Gestión de Activos Fijos, Almacén, Compras, Cuentas por Pagar, Recursos Humanos y Nómina. Los 45 puntos restantes se corresponden con el cumplimiento de los demás mecanismos y sistemas de control interno.

Subindicador 02.09 Porcentaje de eficientización de la nómina (monto económico)

Mide el grado de la eficientización de la nómina cumpliendo con los lineamientos establecidos.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.09 Porcentaje de eficientización de la nómina (monto económico)	3	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador (Disminuyó de un 80% a 100%),	Hasta el 20 de diciembre, anual.	Dirección de Fiscalización. Tel: (809) 221-3637 Ext: 3069 / 3070
		 Cierto Avance	60 - 79	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador (Disminuyó de un 60% a 79%),		
		 Poco Avance	0 - 59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador (Aumentó o permanece igual),		

Nota:

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 02.10 Porcentaje de Cumplimiento Lineamientos de Identidad Institucional

Mide el grado en que una institución aplica y respeta los lineamientos establecidos para mantener una identidad institucional coherente y alineada con su misión, visión y valores. Evalúa componentes como: letreros y señalética, papelería, materiales promocionales, entre otros.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.10 Porcentaje de Cumplimiento Lineamientos de Identidad Institucional	2	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.	Hasta el 20 de diciembre.	Dirección de Comunicaciones Tel: (809) 221-3637. Ext: 3392

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.10 Porcentaje de Cumplimiento Lineamientos de Identidad Institucional	2	 Cierto Avance	60 - 79	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.	Hasta el 20 de diciembre.	Dirección de Comunicaciones Tel: (809) 221-3637. Ext: 3392
		 Poco Avance	0 - 59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.		

Nota:

Las evidencias deberán ser generadas por el hospital y enviadas a través del portal de identidad que utiliza el área de Comunicaciones.

Subindicador 02.11 Porcentaje de ejecución presupuestaria

Mide el grado de cumplimiento en la ejecución del presupuesto asignado dentro de un período determinado.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
02.11 Porcentaje de ejecución presupuestaria	3	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.	Hasta el 28 de febrero.	Dirección Financiera Tel: (809) 221-3637. Ext: 3011
		 Cierto Avance	60 - 79	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.		
		 Poco Avance	0 - 59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.		

Nota:

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.



IBOG 3: GESTIÓN CLÍNICA

Mide el desempeño institucional en la organización, control y optimización de los servicios asistenciales, garantizando que la atención de salud se brinde con calidad, oportunidad y apego a los protocolos establecidos.

Subindicador 03.01 Días Promedio de Estadía

Mide el número promedio de días que un paciente permanece hospitalizado en un centro de salud durante un período determinado. En general, un tiempo excesivo puede implicar ineficiencia y mayores costos, mientras que uno muy bajo podría comprometer la recuperación del paciente.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
03.01 Días promedio de Estadía	2	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios: de 4 días a 2.5 días a Hospitales: Municipales, Provinciales, Regionales, Referencia Nacional, Maternos, y Pediátricos. de 8 días a 5 días para Hospitales Traumatológicos.	Trimestral: 30 de octubre 30 de julio 30 de abril 30 de enero	Dirección de Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637. Ext: 3366

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
03.01 Días promedio de Estadía	2	 Cierto Avance	60 - 79	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios: de 5.5 días a 4.8 días a Hospitales: Municipales, Provinciales, Regionales, Referencia Nacional, Maternos, y Pediátricos. de 11 días a 8.15 días para Hospitales Traumatológicos.	Trimestral: 30 de octubre 30 de julio 30 de abril 30 de enero	Dirección de Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637. Ext: 3366
		 Poco Avance	0 - 59	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios: de 5.8 días a 10 días a Hospitales: Municipales, Provinciales, Regionales, Referencia Nacional, Maternos, y Pediátricos. de 11.15 días a 20 días para Hospitales Traumatológicos.	Trimestral: 30 de octubre 30 de julio 30 de abril 30 de enero	

Nota:

1. Los Hospitales deben reportar oportunamente en el Formulario de Producción de Servicios Especializados (67A) para garantizar que los datos estén disponibles en el Repositorio de Información y Estadísticas de Servicios de Salud (RIESS).
2. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 03.02 Producción de Servicios de Salud: Razón Emergencias Médicas VS Consultas Ambulatorias

Mide la relación entre la cantidad de atenciones en el área de emergencias y las consultas médicas programadas en un establecimiento de salud dentro de un período determinado.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
03.02 Producción de Servicios de Salud: Razón Emergencias Médicas vs. Consultas Ambulatorias	2	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (34% a 30% en razón de emergencias médicas vs consultas ambulatorias para todos los Hospitales).	Trimestral: 30 de octubre 30 de julio 30 de abril 30 de enero	Dirección de Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637. Ext: 3366
		 Cierto Avance	60 - 79	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (38% a 34.2% en razón de emergencias médicas vs consultas ambulatorias para todos los Hospitales).		
		 Poco Avance	0 - 59	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios (38.2% o 50% en razón de emergencias médicas vs consultas ambulatorias para todos los Hospitales).		

Nota:

1. Los Hospitales deben reportar oportunamente en el Formulario de Producción de Servicios Especializados (67A) para garantizar que los datos estén disponibles en el Repositorio de Información y Estadísticas de Servicios de Salud (RIESS).
2. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 03.03 Índice Ocupación de Camas

Mide el número de camas ocupadas por días vs camas disponibles para hospitalización de pacientes durante un trimestre establecido expresado en porcentaje.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
03.03 Índice Ocupación Camas	2	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios: 55.3% a 70% de índice de ocupación de camas para Hospitales municipales/provinciales. 63.2% a 80% de índice de ocupación de camas para Hospitales regionales/referencia/maternos/ pediátricos/traumatológico.	Trimestral: 30 de octubre 30 de julio 30 de abril 30 de enero	Dirección de Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637. Ext: 3366
		 Cierto Avance	60 - 79	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios: 41.3% a 55.3% de índice de ocupación de camas para Hospitales municipales/provinciales. 47.2% a 63.2% de índice de ocupación de camas para Hospitales regionales/referencia/maternos/ pediátricos/traumatológico.		
		 Poco Avance	0 - 59	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios: 0% a 41.3% de índice de ocupación de camas para Hospitales municipales/provinciales. 0% a 47.2% de índice de ocupación de camas para Hospitales regionales/referencia/maternos/ pediátricos/traumatológico.		

Nota:

1. Si el índice de ocupación de cama supera el 95%, este indicador tendrá una calificación de 70 puntos.
2. Los Hospitales deben reportar oportunamente en el Formulario de Producción de Servicios Especializados (67A) para garantizar que los datos estén disponibles en el Repositorio de Información y Estadísticas de Servicios de Salud (RIESS).
3. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 03.04 Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria

Mide el número de defunciones de pacientes con 48 horas o más de admisión por cada 100 egresos hospitalarios.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
03.04 Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria	2	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios: 1.90% a 1.50% de tasa neta de mortalidad hospitalaria en Hospitales: Municipales, Provinciales, Regionales, Referencia Nacional, Maternos, y Pediátricos. 2.9% a 2.5% de tasa neta de mortalidad hospitalaria para Hospitales Traumatológicos.	Hasta el 28 de febrero del año siguiente.	Dirección de Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637. Ext: 3366
		 Cierto Avance	60 - 79	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios: 2.30% a 1.92% de tasa neta de mortalidad hospitalaria en Hospitales: Municipales, Provinciales, Regionales, Referencia Nacional, Maternos, y Pediátricos. 3.3% a 2.92% de tasa neta de mortalidad hospitalaria para Hospitales Traumatológicos.		
		 Poco Avance	0 - 59	Reporte Módulo Web de Producción de Servicios: 2.32% a 3.50% de tasa neta de mortalidad hospitalaria en Hospitales: Municipales, Provinciales, Regionales, Referencia Nacional, Maternos, y Pediátricos. 3.32% a 4.5% de tasa neta de mortalidad hospitalaria para Hospitales Traumatológicos.		

Nota:

1. Los Hospitales deben reportar oportunamente en el Formulario de Producción de Servicios Especializados (67A) para garantizar que los datos estén disponibles en el Repositorio de Información y Estadísticas de Servicios de Salud (RIESS).
2. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 03.05 Notificación Oportuna Reporte Epidemiológico

Mide la oportunidad en la ejecución de las actividades de vigilancia epidemiológica programadas en comparación a las realizadas.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
03.05 Notificación Oportuna Reporte Epidemiológico	1	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte Oportuno Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)	Trimestral: 30 de octubre 30 de julio 30 de abril 30 de enero	Dirección de Centros Hospitalarios Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3363
		 Cierto Avance	60 - 79			
		 Poco Avance	0 - 59			

Nota:

Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 03.06 Tasa de Mortalidad Neonatal (por 1,000 NV)

Mide el número de defunciones de recién nacidos durante los primeros 28 días de vida por cada 1,000 nacidos vivos (NV) en un período determinado.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
03.06 Tasa de Mortalidad Neonatal (por 1,000 NV)	2	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.	Hasta el 20 de diciembre	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3366
		 Cierto Avance	60 - 79			
		 Poco Avance	0 - 59			

Nota:

1. Tasa de mortalidad menor a 13.94 por cada 1,000 nacidos vivos para los Hospitales que apliquen.
2. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 03.07 Tasa de Mortalidad Infantil (por 1,000 NV)

Mide el número de defunciones de niños desde los 29 días de nacido hasta 1 año de vida por cada 1,000 nacidos vivos (NV) en un período determinado.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
03.07 Tasa de Mortalidad Infantil (por 1,000 NV)	2	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.	Hasta el 20 de diciembre	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3366
		 Cierto Avance	60 - 79	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.		
		 Poco Avance	0 a 59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.		

Nota:

1. Tasa de mortalidad menor a 18.08 por cada 1,000 nacidos vivos para los Hospitales que apliquen.
2. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 03.08 Tasa Neta de Mortalidad Materna (por 100,000 NV)

Mide el número de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos (NV) en un período determinado.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
03.08 Tasa Neta de Mortalidad Materna (por 100,000 NV)	2	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.	Hasta el 20 de diciembre	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3366
		 Cierto Avance	60 - 79	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.		
		 Poco Avance	0 a 59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.		

Nota:

1. Tasa de mortalidad menor a 99.86 por cada 100,000 nacidos vivos para los Hospitales que apliquen.
2. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 03.09 Tasa Partos por Cesáreas

Mide el porcentaje de nacimientos que se realizan mediante cesárea en relación con el total de partos en un período determinado. Esta tasa se calcula únicamente tomando en cuenta los partos de mujeres que son primerizas.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
3.09 Tasa Partos por Cesáreas	2	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.	Trimestral: 30 de octubre 30 de julio 30 de abril 30 de enero	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3366
		 Cierto Avance	60 - 79	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.		
		 Poco Avance	0 a 59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.		

Nota:

1. Los partos por cesáreas no deben superar el 44.4% de los partos de mujeres primerizas.
2. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 03.10 Cascada de Tratamiento VIH

Mide el número de individuos viviendo con VIH/SIDA en los estadios sucesivos de la atención, desde el momento de la infección hasta el tratamiento exitoso.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
03.10 Cascada de Tratamiento VIH	2	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.	Trimestral: 30 de octubre 30 de julio 30 de abril 30 de enero	Dirección Gestión de la Información Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3366
		 Cierto Avance	60 - 79	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.		
		 Poco Avance	0 a 59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.		

Nota: Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

Subindicador 03.11 Promedio de la Correcta Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Mide el grado de cumplimiento de las iniciativas dirigidas a garantizar la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, con el objetivo de fortalecer la seguridad del paciente quirúrgico.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
03.11 Promedio de la Correcta Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	2	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador.	Hasta el 20 de diciembre	Departamento de Monitoreo de la Calidad de los Servicios de Salud de la Dirección de Gestión de Calidad en los Servicios de Salud Tel: (809) 221-3637 Ext.: 3389 y 3387
		 Cierto Avance	60 - 79			
		 Poco Avance	0 - 59			

Criterios de Evaluación:

El Centro debe enviar las evidencias requeridas al área gestora, a través de las carpetas designadas para los fines:

- **Acta de conformación del Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (25 puntos):** Se deberá utilizar el formulario DGCSS-FO-044 para la conformación del comité Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente y remitirse a más tardar el 31 de enero y/o 31 de julio del año vigente.
- **Listas de participación en capacitaciones sobre la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (35 puntos):** Las capacitaciones deberán ser dirigidas personal quirúrgico (médico y de enfermería) y reportarse a más tardar el 15 de diciembre del año vigente, a través de listas de asistencias DCG-FO-001 y fotos.
- **Informe de seguimiento a la implementación y correcto llenado de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (20 puntos):** Se deberá remitir a más tardar el 15 de julio del año vigente.
- **Plan de Mejora de seguridad del paciente quirúrgico y la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de Cirugía (10 puntos):** El plan de mejora del cumplimiento seguridad del paciente quirúrgico y la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía deberá remitirse a más tardar el 30 de abril del año vigente y elaborarse con el formulario DGCSS-FO-005: Plan de Mejora de Servicios de Salud.
- **Informe de ejecución del plan de mejora (10 puntos):** El informe de ejecución del plan de mejora deberá remitirse a más tardar el 15 de diciembre del año vigente, mediante el Formulario de Informe DPD-FO-013 en su última versión.

Subindicador 03.12 Incremento Cobertura Diagnóstica Detección Oportuna de Cáncer de Mama, Cérvix y Próstata

Mide el aumento en el porcentaje de la población objetivo que accede a pruebas de detección de estos tipos de cáncer en un período determinado, en comparación con un período anterior.

SIV	Ponderación	Escala de valoración de colores	Escala de valoración puntos	Evidencias	Vigencias	Unidades Responsables
03.12 Incremento Cobertura Diagnóstica Detección Oportuna de Cáncer de Mama, Cérvix y Próstata	2	 Objetivo Logrado	80 - 100	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador (4% a 5% de incremento en la producción de servicios relacionados).	Trimestral: 30 de octubre 30 de julio 30 de abril 30 de enero	Dirección Laboratorios Clínicos e Imágenes Tel: (809) 221-3637 Ext.:3405/ 3456
		 Cierto Avance	60 - 79	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador (3% a 3.9% de incremento en la producción de servicios).		
		 Poco Avance	0 - 59	Reporte emitido por el gestor responsable del indicador (0% a 2.9% de incremento en la producción de servicios).		

Nota:

1. Las pruebas relacionadas a medir la cobertura diagnóstica son: Laboratorio: CEA Total, CA19-9, CA15.3, CA125, PSA Total, PSA Libre, HPV y PAP; Imágenes: Mamografías y Sonomamografías.
2. Las evidencias serán cargadas por el área gestora en las fechas correspondientes.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

MAP: Ministerio de Administración Pública. Órgano rector de la Administración Pública.

SNS: Servicio Nacional de Salud. Órgano Responsable de la Gestión y Administración de los Centros de Salud Públicos.

INAP: Instituto Nacional de Administración Pública. Órgano rector de la capacitación y formación de los Servidores Públicos.

SISMAP: Sistema de Monitoreo de Administración Pública.

Indicador: Es una característica específica, observable y medible que puede ser usada para mostrar los cambios y progresos que está haciendo un programa hacia el logro de un resultado específico. El indicador debe ser retador, claro, específico, comparable, realista y útil.

IBOG: Indicadores Básicos de Organización y Gestión del SISMAP.

SIV: Subindicadores vinculados a los IBOG's.

Peso ponderado de los Subindicadores: Es el valor en puntos que tiene cada subindicador conforme los siguientes criterios de ponderación: nivel de esfuerzo requerido, impacto en el logro de resultados, la calidad de los servicios de los ciudadanos, impacto en el fortalecimiento institucional.

Evidencias: Documentos y/o informaciones suministradas por las entidades públicas, que sirven como medio de verificación para validar el cumplimiento de los indicadores establecidos por el MAP a través del SISMAP.

N/A: Se utiliza cuando un nivel de avance del cumplimiento de un indicador no está siendo considerado.

Indicador NO APLICA: Significa que el indicador que se está midiendo no aplica por el momento a la entidad. Se identifica con el color gris.

Inactivación Temporal: Significa que el indicador o subindicador está inactivo por un periodo de tiempo definido, mostrándose en la plataforma, pero no afectando a la puntuación general.

Vigencia: Es el tiempo establecido para definir la validez de las evidencias que sustentan el cumplimiento de los subindicadores.

CONTACTOS

Servicio Nacional de Salud (SNS)

Av. Leopoldo Navarro esq. César Nicolás Penson, Gascue. Santo Domingo, R.D.
Tel. 809-221-3637. <https://sns.gob.do/>

Ministerio de Administración Pública (MAP)

Av. 27 de febrero No. 419, sector El Millón II. Santo Domingo, R.D. Tel.809-682-3298.
<https://map.gob.do/>

Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)

Ave. México esq. Ave. Leopoldo Navarro Piso14. Santo Domingo, R.D.
Tel.809-689-8955.
sismapsalud@inap.gob.do
<https://inap.gob.do/>



UNIDAD RESPONSABLE**SUBINDICADOR(ES)**

Dirección de Evaluación Institucional (MAP)
Tel: 809-682-3298 Ext. 2350-2360

1.01 Autoevaluación CAF
1.02 Plan de Mejora

Departamento de Análisis Regulatorio
y Compromisos de Servicios, (MAP)
Tel. 809-682-3298, Ext. 2520-2525

1.03 Carta Compromiso

Departamento de Monitoreo y Evaluación de
los Servicios Públicos (DMESP)(MAP)
Tel: 809-682-3298, Ext. 2541-2543

1.04 Índice de Satisfacción de Usuarios

Dirección de Medicamentos e Insumos (SNS)
Tel: 809-221-3637 Ext.: 3410

1.05 Control de Calidad en el Almacenamiento
e Inventarios de Medicamentos e Insumos

Dirección de Infraestructura y equipos (SNS)
Tel: 809-221-3637 Ext.: 3353

1.06 Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo
de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos,
Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI
Infantil)

Departamento de Prevención y Control
de Riesgos Biológicos de la Dirección de
Gestión de Calidad en los Servicios de Salud
(SNS) Tel: 809-221-3637 Ext.: 2289

1.07 Porcentaje de Cumplimiento de Acciones
Priorizadas de Bioseguridad y Prevención y
Control de Infecciones

Departamento de Monitoreo de la Calidad
de los Servicios de Salud (SNS)
Tel: 809-221-3637 Ext.: 3389

1.08 Porcentaje de Cumplimiento de Acciones
para Incremento de la Adherencia a Protocolos
de Atención
3.11 Promedio de la Correcta Aplicación de la
Lista de Verificación de la Seguridad de la
Cirugía

Dirección Laboratorios Clínicos e Imágenes
(SNS)
Tel: 809-221-3637 Ext.: 3405 / 3456

1.09 Gestión y Calidad en el Área de
Laboratorio Clínico
3.12 Incremento Cobertura Diagnóstica
Detección Oportuna de Cáncer de Mama,
Cérvix y Próstata

Dirección de Centros Hospitalarios (SNS)
Tel: 809-221-3637 Ext.: 3363

1.10 Porcentaje de Cumplimiento Requisitos de
Higiene, Ornato y Limpieza
2.06 Porcentaje de objeción glosas médicas y
administrativas
3.05 Notificación Oportuna Reporte
Epidemiológico

Dirección de Gestión de Calidad de los
Servicios de Salud (SNS)
Tel: 809-221-3637 Ext.: 3448

1.11 Porcentaje de Cumplimiento de los
Criterios de Habilitación

UNIDAD RESPONSABLE

SUBINDICADOR(ES)

Departamento de Estructuras Organizativas, de la Dirección de Diseño Organizacional y Remuneraciones (MAP)
Tel 809-682-3298, Ext. 2500 hasta 2507

2.01 Estructura Organizativa y Manual de Organización y Funciones

Dirección de Evaluación del Desempeño Laboral (MAP)
Tel: 809-682-3298
Ext. 2440, 2442-2450

2.02 Gestión de Acuerdos de Desempeño
2.03 Evaluación del Desempeño por Resultados y Competencias

Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)
Tel: 809-689-8955 ext. 237

2.04 Plan Anual de Capacitación

Dirección Planificación y Desarrollo (SNS)
Tel: 809-221-3637 Ext.: 3360

2.05 Porcentaje de cumplimiento del POA

DGCP

2.07 Porcentaje promedio de cumplimiento SISCOMPRA

Dirección de Fiscalización (SNS)
Tel: 809-221-3637 Ext: 3069-3070

2.08 Porcentaje de Cumplimiento Lineamientos Control Interno
2.09 Porcentaje de Eficientización de la nómina (monto económico)

Dirección de Comunicaciones (SNS)
Tel: 809-221-3637 Ext: 3392

2.10 Porcentaje de Cumplimiento Lineamientos de Identidad Institucional

Dirección Financiera (SNS)
Tel: 809-221-3637 Ext: 3011

2.11 Porcentaje de ejecución presupuestaria

Dirección de Gestión de la Información (SNS)
Tel: 809-221-3637 Ext: 3366

3.01 Días promedio de Estadía
3.02 Producción de Servicios de Salud:
Razón Emergencias Médicas vs Consultas Ambulatorias
3.03 Índice Ocupación Camas
3.04 Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria
3.06 Tasa de Mortalidad Neonatal (por 1,000 NV)
3.07 Tasa de Mortalidad Infantil (por 1,000 NV)
3.08 Tasa Neta de Mortalidad Materna (por 100,000 NV)
3.09 Tasa Partos por Cesáreas
3.10 Cascada de Tratamiento VIH



SISMAP

SALUD

SISTEMA DE MONITOREO DE
LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
PARA SECTOR SALUD

