



**GUIA CAF 2013  
PARA LA REALIZACION DEL AUTODIAGNOSTICO**

**NOMBRE DE INSTITUCIÓN**

**HOSPITAL DR. FRANCISCO E. MOSCOSO PUELLO**

**FECHA**

**Junio, 2021**

# MODELO CAF. EL MARCO COMÚN DE EVALUACIÓN.

## Presentación

El documento que se presenta ha sido elaborado para que sirva de instrumento facilitador del proceso de auto evaluación con el Modelo CAF en organizaciones e instituciones del sector público.

El Modelo CAF (*Common Assessment Framework*), el Marco Común de Evaluación, es el resultado de la cooperación de los Estados Miembros de la Unión Europea y se presenta como una herramienta para ayudar a las organizaciones del sector público interesadas en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento. Como Modelo de Excelencia, ofrece un marco sencillo y fácil de usar, idóneo para realizar un auto evaluación de las organizaciones del sector público que inician el camino de la mejora continua y el desarrollo de una cultura de calidad.

Con la finalidad de que este ejercicio de auto evaluación sea fácilmente realizado por las organizaciones públicas, se ha elaborado este Guía, que aborda el análisis de la organización a la luz de los 9 criterios y 28 subcriterios del CAF, a través de una serie de ejemplos cuya interpretación conduce a la identificación de los puntos fuertes y las áreas de mejora de la organización.

A partir de los puntos fuertes y áreas de mejora identificados en cada uno de los ejemplos y avalado por una Memoria elaborada por el Equipo Evaluador Interno de cada institución participante, puede medirse el nivel de excelencia alcanzado, a través del panel de valoración propuesto por la metodología CAF y que será utilizado por el Equipo Evaluador Externo para fines del Premio Nacional a la Calidad en el Sector Público.

Más allá del objetivo de participación en el certamen, la aplicación periódica del autodiagnóstico a una organización proporciona un medio idóneo para alcanzar un consenso sobre aquello que es preciso mejorar en la organización, la identificación de buenas prácticas y la oportunidad de compartirlas con otras organizaciones autoevaluadas con el Modelo CAF (*benchlearning*).

Permite, además, a las organizaciones públicas emprender acciones de mejora concretas para elevar los niveles de calidad en la prestación de los servicios públicos a los ciudadanos y ofrece un medio para medir el progreso en el tiempo de los resultados de estas acciones.

Este documento ha sido elaborado por el Comité del Premio Nacional a la Calidad y Reconocimiento a las Prácticas Promisorias del Ministerio de Administración Pública (MAP), tomando como base los ejemplos que aparecen en la versión 2013 del Modelo CAF.

Esta edición del Modelo CAF 2013 es una traducción autorizada realizada por el Departamento de Calidad de los Servicios de la Agencia Estatal de la Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL) de España.

La primera versión de esta guía se elaboró en el año 2005 bajo la asesoría de María Jesús Jimenez de Diego, Evaluadora Principal del Departamento de Calidad de la AEVAL. Santo Domingo, agosto de 2013.

## **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA GUIA.**

### **Evaluación Individual.**

1. Antes de iniciar el trabajo de evaluación, revise el documento informativo sobre el Modelo CAF que aparece en esta misma página Web. Esto le ayudará a comprender mejor la definición de criterios y subcriterios y le aclarará dudas respecto a algunos conceptos que aparecen en la guía.
2. Trabaje un criterio a la vez.
3. Lea cuidadosamente y asegúrese de entender exactamente el contenido del ejemplo antes de escribir.
4. Relate en la columna Puntos Fuertes, los avances registrados por su organización con respecto a lo planteado en el ejemplo en cuestión.

**Incluya evidencias.** Asegúrese de recopilar toda la documentación de que dispone la organización que pueda ser mostrada como evidencia del avance a que se hace referencia en la columna.

- a) Escriba en la columna Área de Mejora cuando la organización muestre poco o ningún avance en el tema objeto del ejemplo.
  - b) En este caso, el enunciado debe estar formulado en forma negativa: “No existe”, “No se ha realizado”.
5. Evite formular propuestas de mejora. **DEBE LIMITARSE A ESCRIBIR UN ENUNCIADO NEGATIVO.**
  6. En casos en que la organización muestre avances parciales en el tema, señalar las evidencias en la primera columna y complete en la columna Áreas de mejora lo referente a lo que aún no ha realizado.
  7. Antes de pasar a la sesión de consenso con el resto del Equipo Auto-Evaluador, asegúrese de haber completado la información relativa a todos los criterios y subcriterios.

## CRITERIOS FACILITADORES

### **CRITERIO I: LIDERAZGO**

Considerar qué están haciendo los líderes de la organización para:

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

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora   |
|---|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formular y desarrollar la misión y la visión de la organización, implicando a los grupos de interés y empleados.</li> <li>2. Establecer un marco de valores alineado con la misión y la visión de la organización, respetando el marco general de valores del sector público.</li> <li>3. Asegurar una comunicación de la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos más amplia a todos los empleados de la organización y a todos los grupos de interés.</li> <li>4. Revisar periódicamente la misión, visión y valores, reflejando tanto los cambios de nuestro entorno externo, (por ejemplo: políticos, económicos, socio-culturales, tecnológicos (el análisis PEST) como demográficos.</li> <li>5. Desarrollar un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, a la vez que apoye al personal que trata dilemas éticos; dilemas que aparecen cuando distintos valores de la organización entran en conflicto.</li> <li>6. Gestionar la prevención de la corrupción, identificando potenciales áreas de conflictos de intereses y facilitando directrices a los empleados sobre cómo enfrentarse a estos casos.</li> </ol> | <p>El hospital tiene definida su misión, visión y valores. <b>Evidencia:</b> Mural informativo en diferentes puntos estratégicos en el hospital.</p> <p>Tenemos los valores definidos<br/><b>Evidencia:</b> Publicación en los puntos estratégicos del hospital</p> <p>Este hospital asegura la comunicación<br/><b>Evidencia:</b> contamos con área de atención al usuario, emitimos comunicación, mediante murales, teléfono, redes sociales</p> <p>El hospital cuenta con una carta compromiso donde se revisa la misión, visión y valores <b>Evidencias:</b> Carta compromiso, Actas de reuniones, encuestas realizadas.</p> | <p>No se ha socializado la misión, visión y valores con todo los grupos de interés</p> <p>No se ha socializado la misión, visión y valores con todo los grupos de interés</p> <p>No se cuenta con un comité de Ética</p> <p>No se cuenta con un comité de Ética</p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>7. Reforzar la confianza mutua, lealtad y respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo: monitorizando la continuidad de la misión, visión y valores y reevaluando y recomendando normas para un buen liderazgo).</p> | <p>Reforzamos la confianza entre los líderes, directivos, empleados de los diferentes departamentos realizando reuniones<br/><b>Evidencias:</b> el listado de participantes de reuniones y la conformación del comité de calidad.</p> |  |
|--|---|--|

### SUBCRITERIO I.2. Gestionar la organización, su rendimiento y su mejora continua

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora  |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Definir estructuras de gestión adecuadas (niveles, funciones, responsabilidades y competencias) y asegurar un sistema de gestión por procesos y alianzas, acorde a la estrategia, planificación, necesidades y expectativas de los grupos de interés.</li> <li>Identificar y fijar las prioridades de los cambios necesarios relacionados con la estructura, el desempeño y la gestión de la organización.</li> <li>Definir resultados cuantificables e indicadores de objetivos para todos los niveles y áreas de la organización, equilibrando las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés, de acuerdo con las necesidades diferenciadas de los clientes (por ejemplo perspectiva de género, diversidad).</li> <li>Desarrollar un sistema de gestión de la información, con aportaciones de la gestión de riesgos, el sistema de control interno y la permanente monitorización de los logros estratégicos y de los objetivos operativos de la organización (por ejemplo: Cuadro de Mando Integral, conocido también como “Balanced Scorecard”).</li> </ol> | <p>Se está realizando el levantamiento para el organigrama <b>Evidencia:</b> Formulario de levantamiento</p> <p>Trabajamos diferentes indicadores establecidos por el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud, así como también otros indicadores acordados con proyectos que nos acompañan como Centro. Estos indicadores son analizados en la Sala Situacional con la finalidad de dar respuesta. <b>Evidencia:</b> Mesa de trabajo</p> <p>Trabajamos en la implementación de un Sistema de Información Gerencial que fortalezca los controles internos acorde a las políticas establecidas por los diferentes organismos de control. <b>Evidencias:</b> Departamento de monitoreo interno</p> | <p>Creación del organigrama</p> <p>Creación manual de cargos</p> |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>5. Aplicar los principios de GCT e instalar sistemas de gestión de la calidad o de certificación como el CAF, el EFQM o la Norma ISO 9001.</p> <p>6. Formular y alinear la estrategia de administración electrónica con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p> <p>7. Generar condiciones adecuadas para los procesos y la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.</p> <p>8. Crear condiciones para una comunicación interna y externa eficaz, siendo la comunicación uno de los factores críticos más importante para el éxito de una organización.</p> <p>9. Demostrar el compromiso de los líderes/ directivos hacia la mejora continua y la innovación promoviendo la cultura de innovación, así como la mejora continua y por lo tanto fomentar la retroalimentación de los empleados.</p> <p>10. Comunicar lo que motiva las iniciativas del cambio y sus efectos esperados a los empleados y grupos de interés relevantes.</p> | <p>Implementación de la guía CAF. <b>Evidencia:</b> Autodiagnóstico CAF</p> <p>Contamos con encargados de departamento en cada área, se realizan reuniones periódicas con la máxima autoridad. <b>Evidencias:</b> Listado de participantes y minuta de reuniones.</p> <p>Reuniones periódicas con los encargados departamentales y jefes de servicios. <b>Evidencia:</b> Lista de participantes y minutas</p> <p>Reuniones periódicas para informar los cambios y mejoras. <b>Evidencia:</b> Lista de participantes y minutas</p> | <p>Adquisición de un sistema de gestión utilizado en las áreas de Emergencia, Consulta Externa,</p> <p>Mejorar la comunicación interna en el hospital</p> |
|--|---|---|

### SUBCRITERIO 1.3. Motivar y apoyar a las personas de la organización y actuar como modelo de referencia.

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|--|--|-----------------|
| <p>1. Predicar con el ejemplo, actuando personalmente en consonancia con los objetivos y valores establecidos.</p> | <p>Creación de comisiones y solicitud de acompañamiento Instituciones para abordar los temas relativos a transparencia, recursos, ética, calidad, entre otros. Se mantiene un seguimiento al cumplimiento del POA, Procurando la consecución de los objetivos.</p> |                 |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Promover una cultura de confianza mutua y de respeto entre líderes y empleados, con medidas proactivas de lucha contra todo tipo de discriminación.</li> <li>3. Informar y consultar de forma periódica a los empleados asuntos claves relacionados con la organización.</li> <li>4. Apoyar a los empleados en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos para impulsar la consecución de los objetivos generales de la organización.</li> <li>5. Proporcionar retroalimentación a todos los empleados, para mejorar el desempeño tanto grupal (de equipos) como individual.</li> <li>6. Animar, fomentar y potenciar a los empleados, mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.</li> </ol> | <p>El Director se preocupa por identificar al personal, lo trata con respeto. <b>Evidencias:</b> comunicaciones, Cartas de felicitaciones.</p> <p>Se aprecia desde la máxima autoridad una política de puertas abiertas, trato igualitario, recibe sugerencias, quejas. Se ha implementado un sistema de citas abierto a todo el personal.</p> <p><b>Evidencias:</b> Listado de citas, fotos de diversas actividades</p> <p>Se ha aplicado Encuesta de Clima Organizacional, se utilizan las Redes Sociales, y reuniones mensuales con los empleados; se cuenta con comités para asuntos clave, donde se ven representadas las áreas, se cuenta con buzones de sugerencias</p> <p><b>Evidencia:</b> Informe Encuesta de Clima Organizacional, Plan de Acción, videos y fotos</p> <p>Implementación y desarrollo del plan de capacitación al personal según detección de necesidades, así como talleres de socialización del PEI 2021 –2024.</p> <p><b>Evidencias:</b> Plan de Capacitación y Listado de asistencia a los talleres</p> <p>Se cumple con la programación del plan de capacitación. <b>Evidencias:</b> Cursos impartidos, Programa de Capacitación.</p> <p>Designación y delegación en los empleados de tareas y compromisos de temas clave de la Institución. <b>Evidencia:</b> Comunicados, correos, memorándum con las designaciones</p> |  |
|---|--|--|

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>7. Promover una cultura del aprendizaje y animar a los empleados a desarrollar sus competencias.</p> <p>8. Demostrar la voluntad personal de los líderes de recibir recomendaciones/ propuestas de los empleados, facilitándoles una retroalimentación constructiva.</p> <p>9. Reconocer y premiar los esfuerzos tanto individuales como de equipos de trabajo.</p> <p>10. Respetar y responder a las necesidades y circunstancias personales de los empleados.</p> | <p>Se aprecia desde la máxima autoridad una política de puertas abiertas, trato igualitario, recibe sugerencias y quejas. Se ha implementado un sistema de citas abierto a todo el personal. <b>Evidencia:</b> Lista de agenda de citas</p> <p>Desde la máxima autoridad se revisan y atienden las necesidades y circunstancias de cada empleado; se otorgan permisos para estudios, temas de salud, entre otros. <b>Evidencias:</b> Reuniones programadas a través de la Dirección de RR. HH con la MAE, permisos en los expedientes del personal</p> | <p>No se ha realizado.</p> <p>No se ha realizado.</p> |
|--|--|---|

#### **SUBCRITERIO I.4. Gestionar relaciones eficaces con las autoridades políticas y otros grupos de interés.**

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|---|------------------------|
| <p>1. Desarrollar un análisis de las necesidades de los grupos de interés, definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y compartir estos datos con la organización.</p> <p>2. Ayudar a las autoridades políticas a definir las políticas públicas relacionadas con la organización.</p> <p>3. Identificar las políticas públicas relevantes para la organización e incorporarlas a la organización.</p> | <p>Se realizan encuestas de satisfacción para conocer las necesidades de los usuarios. <b>Evidencias:</b> Encuesta de satisfacción</p> <p>Reuniones con las diferentes autoridades que inciden en la toma de decisiones para temas relacionados con el sector salud. <b>Evidencias:</b> Minutas de reuniones</p> <p>Mesas de trabajo con los diferentes</p> |                        |

|   |   |                           |
|---|---|---------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Comprobar que los objetivos y metas para productos y servicios ofrecidos por la organización están alineados con las políticas públicas y las decisiones políticas y llegar acuerdos con las autoridades políticas acerca de los recursos necesarios.</li> <li>5. Involucrar a los políticos y otros grupos de interés en el desarrollo del sistema de gestión de la organización.</li> <li>6. Mantener relaciones periódicas y proactivas con las autoridades políticas desde las áreas ejecutivas y legislativas adecuadas.</li> <li>7. Desarrollar y mantener alianzas y trabajos en red con grupos de interés importantes (ciudadanos, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), grupos de presión y asociaciones profesionales, industrias, otras autoridades públicas, etc.).</li> <li>8. Participar en las actividades organizadas por asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.</li> <li>9. Construir y promover el conocimiento público, reputación y reconocimiento de la organización y sus servicios.</li> <li>10. Desarrollar un concepto específico de marketing para productos y servicios, que se centre en los grupos de interés.</li> </ol> | <p>actores (públicos y privados), que inciden en la toma de decisiones para temas relacionados con el sector salud.</p> <p><b>Evidencias:</b> Trabajos realizados con el SNS</p> <p>En consonancia con las políticas públicas establecidas la institución ha desarrollado los mecanismos para impulsar la eficientización de los servicios que se ofrecen en la institución. <b>Evidencias:</b> La planificación hospitalaria se realiza partiendo de las disposiciones del MSP, MAP, SNS y SRMS.</p> <p>Reuniones con autoridades políticas, y grupos de interés para socializar propuestas de desarrollo de la comunidad <b>Evidencias:</b> Minutas y lista de asistencia</p> <p>Se mantienen las relaciones con las autoridades del sector, especialmente con responsables del sector. <b>Evidencias:</b> Reuniones con MSP, MAP, SNS y SRMS</p> <p>Realizamos reuniones con las Autoridades y mantenemos una excelente relación con ellos. Evidencia: Invitaciones y registros</p> <p>Reuniones periódicas con los grupos de interés. <b>Evidencias:</b> Lista de participantes y minutas</p> <p>Publicación de los servicios ofrecidos por medio de la web y redes sociales. <b>Evidencias:</b> Redes sociales</p> | <p>No se ha realizado</p> |
|---|---|---------------------------|

## **CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACION**

Considerar lo que la organización está haciendo para:

### **SUBCRITERIO 2.1. Reunir información sobre las necesidades presentes y futuras de los grupos de interés así como información relevante para la gestión.**

| <b>Ejemplos</b>  | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|--|---|------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar a todos los grupos de interés relevantes y comunicar los resultados a la organización en su conjunto.</li> <li>2. Recopilar, analizar y revisar de forma sistemática la información sobre los grupos de interés, sus necesidades y expectativas y su satisfacción.</li> <li>3. Recopilar, analizar y revisar de forma periódica la información relevante sobre variables político- legales, socio-culturales, medioambientales, económicas, tecnológicas, demográficas, etc.</li> <li>4. Recopilar de forma sistemática información relevante de gestión, como información sobre el desempeño/desarrollo de la organización.</li> <li>5. Analizar de forma sistemática las debilidades y fuerzas internas (por ejemplo con un diagnóstico GCT con CAF o EFQM) incluyendo oportunidades y amenazas (por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos).</li> </ol> | <p>Se identificaron los grupos de interés<br/> <b>Evidencias:</b> Listado de grupos de interés</p> <p>Periódicamente se llevan a cabo conversatorios, mesas de trabajo y Diálogos de amplio alcance, donde se evidencian las necesidades, expectativas y líneas de acción para el sector salud. <b>Evidencia:</b> Lista de asistencias y minutas</p> <p>Se llevan a cabo conversatorios, mesas de trabajo y Diálogos de amplio alcance, donde se evidencian las necesidades, expectativas y líneas de acción para el sector salud. <b>Evidencia:</b> Lista de asistencias y minutas</p> <p>Se prepara y presenta a la presidencia anualmente el informe de gestión de la institución, donde se contempla, los avances, alcances y el desarrollo de la misma. <b>Evidencias:</b> Memorias de Gestión anual presentada al SNS</p> <p>Implementación de la guía CAF <b>Evidencias:</b> Autodiagnóstico CAF</p> |                        |

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

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora                                     |
|--|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traducir la misión y visión en objetivos estratégicos (largo y mediano plazo) y operativos (concretos y a corto plazo) y acciones basadas en un profundo análisis de riesgos.</li> <li>2. Involucrar los grupos de interés en el desarrollo de la estrategia y de la planificación, equilibrando y dando prioridad a sus expectativas y necesidades.</li> <li>3. Evaluar las tareas existentes en cuanto a productos y servicios facilitados (outputs) e impacto – los efectos conseguidos en la sociedad – (outcomes) y la calidad de los planes estratégicos y operativos.</li> <li>4. Asegurar la disponibilidad de recursos para desarrollar y actualizar la estrategia de la organización.</li> <li>5. Equilibrar las tareas y los recursos, las presiones sobre el largo y corto plazo y las necesidades de los grupos de interés.</li> <li>6. Desarrollar una política de responsabilidad social e integrarla en la estrategia y planificación de la organización.</li> </ol> | <p>La institución cuenta con un plan Estratégico, donde se plasman las necesidades de la institución traducidas en Objetivos estratégicos, lo que permite, elaborar y ejecutar planes y proyectos con necesidades específicas y alcanzables.<br/> <b>Evidencia:</b> PEI 2021-2024</p> <p>La institución cuenta con un plan estratégico basado en un FODA institucional, donde participan diversos grupos de interés. <b>Evidencia:</b> PEI 2021-2024</p> <p>La institución cuenta con un Presupuesto de Ingreso, lo que permite tener una proyección sobre los gastos e inversiones en los que puede incurrir la institución<br/> <b>Evidencia:</b> Presupuesto anual de ingresos y gastos, Ejecución Presupuestaria Mensual</p> <p>La institución cuenta con la Sección de Responsabilidad Social, que ejecuta lo dispuesto en el Plan Estratégico en cuanto a programas sociales.<br/> Evidencias: Reporte de las asistencias sociales en el hospital</p> | <p>No se ha realizado</p> <p>No se ha realizado</p> |

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

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora           |
|--|--|---------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implantar la estrategia y la planificación mediante la definición de las prioridades, estableciendo el marco temporal, los procesos, proyectos y estructura organizativa adecuados.</li> <li>2. Traducir los objetivos estratégicos y operativos de la organización a sus correspondientes planes y tareas para las unidades y todos los individuos de la organización.</li> <li>3. Desarrollar planes y programas con objetivos con objetivos y resultados para cada unidad, con indicadores que establezcan el nivel de cambio a conseguir (resultados esperados).</li> <li>4. Comunicar de forma eficaz los objetivos, planes y tareas para su difusión dentro de la organización.</li> <li>5. Desarrollar y aplicar métodos para la monitorización, medición y/o evaluación periódica de los logros de la organización a todos los niveles (departamentos, funciones y organigrama), para asegurar la implementación de la estrategia.</li> <li>6. Desarrollar y aplicar métodos de medición del rendimiento de la organización a todos los niveles en términos de relación entre la “producción” (productos/ servicios y resultados) (eficacia) y entre productos/ servicios e impacto (eficiencia).</li> </ol> | <p>Se evidencia que la institución Cuenta con un plan Estratégicos, cuyos objetivos son plasmados en base a prioridades, que se traducen para su ejecución anualmente en los POA. <b>Evidencia:</b> Plan estratégico 2021 y 2024, POAS anuales</p> <p>La institución cuenta con Planes y proyectos claros y sus indicadores de medición en la ejecución. <b>Evidencia:</b> POA</p> <p>Reuniones y mesa de trabajo con los encargados. <b>Evidencia:</b> lista de participantes</p> <p>Reuniones y mesa de trabajo con los diferentes encargados de área para socialización de los proyectos y creación de planes de mejora para la realización de los trabajos. <b>Evidencia:</b> Convocatorias, Mesas de trabajo para la elaboración del POA, fotos, registro de participantes</p> <p>La Institución cuenta con un plan operativo anual institucional y este tiene su medición trimestral a través de un informe con los avances por proyecto. También se lleva a cabo la evaluación de desempeño a los empleados. <b>Evidencia:</b> Informe trimestral del POA y Evaluación de desempeño</p> | <p>No se ha realizado</p> |

|  |  |                     |
|--|--|---------------------|
| 7. Evaluar las necesidades de reorganización y mejorar las estrategias y métodos de planificación, involucrando los grupos de interés. |  | No se ha realizado. |
|--|--|---------------------|

**SUBCRITERIO 2.4. Planificar, implantar y revisar la innovación y el cambio.**

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora    |
|---|---|--------------------|
| 1. Crear y desarrollar una cultura para la innovación a través de la formación, el benchlearning y la creación de laboratorios del conocimiento.  |   | No se ha realizado |
| 2. Monitorizar de forma sistemática los indicadores internos para el cambio y de la demanda externa de innovación y cambio.   |   | No se ha realizado |
| 3. Debatar sobre la innovación y la modernización planificada y su implementación con los grupos de interés relevantes.   | Reuniones periódicas con los grupos de interés. <b>Evidencia:</b> Lista de participantes mesa de trabajo                                |                    |
| 4. Asegurar la implantación de un sistema eficiente de gestión del cambio. (Por ejemplo: gestión por proyectos, benchmarking, benchlearning, proyectos pilotos, monitorización, informes de progreso, implementación del PDCA, etc.). | Seguimiento y monitoreo de los procesos realizados en el hospital. <b>Evidencia:</b> Informe de resultados, listado de monitoreo.       |                    |
| 5. Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.  | Presentación de necesidades de las diferentes áreas para solicitar recursos. <b>Evidencias:</b> Informe de levantamiento de necesidades |                    |
| 6. Establecer el equilibrio entre un enfoque para el cambio de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.  |   | No se ha realizado |
| 7. Promover el uso de herramientas de administración electrónica para aumentar la eficacia de la prestación de servicios y para mejorar la transparencia y la interacción entre la organización y los ciudadanos/clientes.            |   | No se ha realizado |

### **CRITERIO 3: PERSONAS**

Considerar lo que hace la organización para:

#### **SUBCRITERIO 3.1. Planificar, gestionar y mejorar los recursos humanos de acuerdo a la estrategia y planificación de forma transparente.**

| <b>Ejemplos</b>  | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>  | <b>Áreas de Mejora</b>  |
|--|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Analizar periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los grupos de interés y de la estrategia de la organización.</li><li>2. Desarrollar e implementar una política de gestión de recursos humanos, basada en la estrategia y planificación de la organización, teniendo en cuenta las competencias necesarias para el futuro, así como criterios sociales (por ejemplo: flexibilidad de horario, permiso de paternidad y maternidad, excedencias, igualdad de oportunidades, diversidad cultural y género, inserción laboral de personas con discapacidad).</li><li>3. Asegurar que las capacidades de las personas (selección, asignación, desarrollo) son las adecuadas para desarrollar la misión, así como que las tareas y responsabilidades están correctamente repartidas.</li><li>4. Desarrollar e implementar una política clara de selección, promoción, remuneración, reconocimiento, recompensa y asignación de funciones de gestión, con criterios objetivos.</li></ol> | <p>El hospital cuenta con un plan de capacitación, que va a acorde a las necesidades de la institución. <b>Evidencia:</b> Plan de Capacitación.</p> <p>El hospital, tiene flexibilidad y facilidad de horario, así también como permisos de paternidad y maternidad. <b>Evidencia:</b> Las solicitudes de permisos. Licencias, horarios de los servidores</p> <p>Evaluación de Desempeño <b>Evidencias:</b> Formulario de evaluación de desempeño de los diferentes grupos ocupacionales</p> | <p>No se realiza, Inserción Laboral de personas con discapacidad</p> <p>No se realiza</p> |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>5. Apoyar la cultura del desempeño (por ejemplo, implementando un esquema de remuneración/reconocimiento transparente, basado en resultados conseguidos de forma individual y en equipo).</p>  |  | No se realiza                               |
| <p>6. Utilizar perfiles de competencia y descripciones de puestos y funciones para a) seleccionar y b) para los planes de desarrollo personal, tanto para empleados como para directivos.</p>   |  | No se realiza                               |
| <p>7. Prestar especial atención a las necesidades de los recursos humanos, para el desarrollo y funcionamiento de los servicios on-line y de administración electrónica (por ejemplo: ofreciendo formación e infraestructura.</p>                     |  | No se realiza                               |
| <p>8. Gestionar el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo: género, orientación sexual, discapacidad, edad, raza y religión).</p> | <p>Tenemos colaboradores, con diferentes ideologías (Religión), orientación sexual, edad, y raza <b>EVIDENCIA:</b> Tenemos en la actualidad listado de personal de otras nacionalidades.</p> | No se realiza con personas con discapacidad |

**SUBCRITERIO 3.2. Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de las personas en consonancia con los objetivos tanto individuales como de la organización.**

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>  | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|--|------------------------|
| <p>1. Identificar las capacidades actuales de las personas, tanto en el plano individual como organizativo, en términos de conocimiento, habilidades y actitudes y compararlas sistemáticamente con las necesidades de la organización.</p> |  | No se realiza          |
| <p>2. Debatir, establecer y comunicar una estrategia para desarrollar capacidades. Esto incluye un plan general de formación basado en las necesidades actuales y futuras de la organización y de las personas.</p>                         | <p>El Departamento de Recursos Humanos, realiza un levantamiento, en conjunto con los encargados de áreas, tomando en cuenta las necesidades detectadas en cada departamento, se solicita a las instituciones de educación continuada, dichas necesidades. <b>EVIDENCIA:</b> Plan de</p> |                        |

|   | Detección de Necesidades de Capacitaciones  |               |
|---|---|---------------|
| 3. En línea con la estrategia desarrollar, consensuar y revisar planes de formación y planes de desarrollo para todos los empleados y/o equipos, incluyendo la accesibilidad a los mismos para los trabajadores a tiempo parcial y los trabajadores con permiso de maternidad/paternidad. El plan de desarrollo personal de competencias debería formar parte de una entrevista de desarrollo laboral, ofreciendo así un espacio donde ambas partes puedan retroalimentarse y compartir expectativas. |   | No se realiza |
| 4. Desarrollar habilidades gerenciales y de liderazgo así como competencias relacionales de gestión relativas a las personas de la organización, los ciudadanos/clientes y los socios/colaboradores.  |   | No se realiza |
| 5. Liderar (guiar) y apoyar a los nuevos empleados (por ejemplo, por medio del acompañamiento individualizado (coaching), la tutoría o la asignación de un mentor).   |   | No se realiza |
| 6. Promover la movilidad interna y externa de los empleados.  | Se promueve la movilidad del colaborador, de acuerdo a su condición académica, rendimiento en la calidad laboral, <b>EVIDENCIA:</b> Solicitud de reclasificación de cargos a través del SRSM y Solicitud de cambio de designaciones a través de RR.HH de HFMP |               |
| 7. Desarrollar y promover métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multimedia, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos [e-learning], uso de las redes sociales).   |   | No se realiza |
| 8. Planificar las actividades formativas y el desarrollo de técnicas de comunicación en las áreas de gestión de riesgos, conflictos de interés, gestión de la diversidad, enfoque de género y ética.  |   | No se realiza |

|  |  |               |
|--|--|---------------|
| 9. Evaluar el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros, en relación con el costo de actividades, por medio de la monitorización y del el análisis costo/beneficio. |  | No se realiza |
| 10. Revisar la necesidad de promover carreras para las mujeres y desarrollar planes en concordancia.   |  | No se realiza |

**SUBCRITERIO 3.3. Involucrar a los empleados por medio del diálogo abierto y del empoderamiento, apoyando su bienestar.**

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|---|------------------------|
| 1. Promover una cultura de comunicación abierta, de diálogo y de motivación para el trabajo en equipo.  | Se realizan actividades de comunicación abierta para el dialogo y motivación del personal. <b>Evidencias:</b> Lista de participantes de las reuniones con los diferentes grupos de trabajo  |                        |
| 2. Crear de forma proactiva un entorno que propicie la aportación de ideas y sugerencias de los empleados y desarrollar mecanismos adecuados (por ejemplo, hojas de sugerencias, grupos de trabajo, tormenta de ideas (brainstorming)).   | Algunos colaboradores y encargados han aportado sus ideas y sugerencias, para fortalecer y crear mecanismos adecuados con el fin de mejorar los procesos administrativos. <b>Evidencia:</b> Se han hecho propuestas de cambios, por parte de los colaboradores de manera general por medio de informes y planes de mejora |                        |
| 3. Involucrar a los empleados y a sus representantes en el desarrollo de planes, (por ejemplo sindicatos) en el desarrollo de planes, estrategias, metas, diseño de procesos y en la identificación e implantación de acciones de mejora. | Creación de comités con los diferentes colaboradores para ver las necesidades de las diferentes áreas. <b>Evidencia:</b> Listado con lista de participantes de los diferentes comités hospitalarios   |                        |
| 4. Procurar el consenso/acuerdo entre directivos y empleados sobre los objetivos y la manera de medir su consecución.   |   | NO SE REALIZA          |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 5. Realizar periódicamente encuestas a los empleados y publicar sus resultados, resúmenes, interpretaciones y acciones de mejora.  | Realización de la encuesta de clima Laboral.<br><b>Evidencia:</b> Resultados de la encuesta de clima laboral   |  |
| 6. Asegurar que los empleados tienen la oportunidad de opinar sobre la calidad de la gestión de los recursos humanos por parte de sus jefes/directores directos.   | Tenemos diferentes medios para realizar los consensos <b>Evidencia:</b> Elaboración de metas, acuerdos de desempeño  |  |
| 7. Asegurar buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos de seguridad laboral.  | Se está haciendo un levantamiento en base a los empleados que están por nomina interna, con relación a que todos estén incluidos en la seguridad laboral. <b>EVIDENCIA:</b> TSS,AFP,ARS                              |  |
| 8. Garantizar condiciones que faciliten la conciliación de la vida laboral y personal de los empleados (por ejemplo, la posibilidad de adaptar las horas de trabajo, así como prestar atención a la necesidad de los trabajadores a tiempo parcial o en situación de baja por maternidad o paternidad, de tener acceso a la información pertinente y participar en las cuestiones de organización y formación. | Contamos con una estructura adecuada para el buen desenvolvimiento de las Actividades de bienestar laboral, salud y medio ambiente. <b>Evidencia:</b> Remodelación atención médica de forma inmediata y odontológico |  |
| 9. Prestar especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con discapacidad.   | Contamos con flexibilidad laboral en casos que el personal lo amerite.<br><b>Evidencia:</b> Permisos, Acuerdos de días de asistencia en la semana, horarios parciales, etc.  |  |
| 10. Proporcionar planes y métodos adaptados para premiar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la planificación y revisión de los beneficios de las actividades sociales, culturales y deportivas, centradas en la salud y bienestar).   | Contamos con facilidades tales como, rampas, y parqueos para la persona discapacitado. <b>Evidencia:</b> Parqueos, rampas, fotos, entre otras  |  |

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

*Considerar lo que la organización hace para:*

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

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| 1. Identificar socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público y establecer el tipo de relaciones (por ejemplo: compradores, proveedores, suministradores, co-productores, proveedores de productos de sustitución o complementarios, propietarios, fundadores, etc.). | Poseemos proveedores identificados<br><b>Evidencia:</b> Lista de proveedores   |                 |
| 2. Desarrollar y gestionar acuerdos de colaboración adecuados, incluyendo los diferentes aspectos de la responsabilidad social, tales como el impacto socio-económico y medioambiental de los productos y servicios contratados.  | El Centro realiza actividades en conjunto con otras instituciones para realizar acuerdos de colaboración<br><b>Evidencia:</b> Reuniones con el SNS, Metropolitana de salud, Medio Ambiente, Ministerio de Salud  |                 |
| 3. Fomentar y organizar colaboraciones especializadas y desarrollar e implementar proyectos en conjunto con otras organizaciones del sector público, pertenecientes al mismo sector/cadena y a diferentes niveles institucionales.  | Trabajamos acuerdos de colaboración con otras instituciones del sector.<br><b>Evidencia:</b> RD VACUNA; SNS  |                 |
| 4. Monitorizar y evaluar de forma periódica la implementación y resultados de las alianzas o colaboraciones.  |  | No se realiza   |
| 5. Identificar las necesidades de alianzas público-privada (APP) a largo plazo y desarrollarlas cuando sea apropiado.   |  | No se realiza   |
| 6. Definir las responsabilidades de cada socio en la gestión de la alianza/colaboración, incluyendo sistemas de control, evaluación y revisión.   |  | No se realiza   |
| 7. Aumentar las capacidades organizativas, explorando las posibilidades de las agencia de colocación.   |  | No se realiza   |
| 8. Intercambiar buenas prácticas con los socios y usar el benchlearning y el benchmarking.  | Trabajamos junto a las Instituciones Públicas que velan por la transparencia y las buenas prácticas, observando su desempeño y emulando los mandatos para el correcto manejo de la institución.<br><b>Evidencias:</b> Fotos, invitaciones de talleres de trabajo con |                 |

|   |   |               |
|---|---|---------------|
|   | Instituciones como: MAP, SNS, CGR, Despacho de la Primera Dama, Ministerio de la Mujer, Ministerio de Salud, OPTIC, entre otras |               |
| 9. Seleccionar a los proveedores aplicando criterios de responsabilidad social cuando se trate de contratación pública. |   | No se realiza |

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

| <b>Ejemplos</b>  | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|--|---|------------------------|
| 1. Asegurar una política proactiva de información (por ejemplo, sobre el funcionamiento de la organización. sobre las competencias de determinadas autoridades públicas, su estructura y procesos, etc.).  | Existe una política de información que incluye el funcionamiento de la Institución, estructura de la misma, competencias de nuestras autoridades, entre otras informaciones. Asimismo, trabajamos según las políticas de información y transparencia establecidas por el Estado Dominicano.<br><b>Evidencia:</b> Listado de servicios en la página Web. Ley de transparencia Ley 200-04 |                        |
| 2. Animar activamente a los ciudadanos/clientes a que se organicen y expresen sus necesidades y requisitos y apoyar a las alianzas con ciudadanos, agrupaciones ciudadanas y organizaciones de la sociedad civil.  | Motivación a los usuarios por medio de las encuestas de satisfacción y los buzones de sugerencia: <b>Evidencia:</b> Encuesta de satisfacción y buzones de sugerencias   |                        |
| 3. Incentivar la involucración de los ciudadanos/clientes y sus representantes en las consultas y su participación activa en el proceso de toma de decisiones dentro de la organización (co-diseño y co-decisión), por ejemplo, vía grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión y grupos de calidad. | Realización de encuestas de satisfacción al usuario. <b>Evidencia:</b> Encuesta de satisfacción al usuario y sus resultados.  |                        |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 4. Definir el marco de trabajo para recoger datos, sugerencias y reclamaciones o quejas de los ciudadanos/clientes, recogiéndolos mediante los medios adecuados (por ejemplo, encuestas, grupos de consulta. Buzones de reclamaciones, sondeos de opinión, etc.).  | El hospital cuenta buzones de sugerencia en los diferentes puntos estratégicos del hospital. <b>Evidencia:</b> Lectura de las diferentes notas en los buzones de sugerencia y respuestas oportunas |  |
| 5. Asegurar la transparencia del funcionamiento de la organización así como de su proceso de toma de decisiones, (por ejemplo, publicando informes anuales, dando conferencias de prensa y colgando información en Intranet).                                      | La institución cuenta con sus redes sociales, nota de prensa y murales informativos <b>Evidencia:</b> Redes sociales, notas de prensa, murales informativos  |  |
| 6. Definir y acordara la forma de desarrollar el papel de los ciudadanos/clientes como co-productores de servicios (por ejemplo, en el contexto de la gestión de residuos) y co-evaluadores (por ejemplo, a través de mediciones sistemáticas de su satisfacción). | Realización de encuesta de satisfacción. <b>Evidencia:</b> Realización de encuestas de satisfacción.   |  |
| 7. Desarrollar una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los clientes los servicios disponibles, incluyendo indicadores de calidad, a través, por ejemplo, de las Cartas de Servicio.   | El hospital cuenta con su carta compromiso al ciudadano <b>Evidencia:</b> Carta compromiso   |  |
| 8. Asegurarse de que se dispone de información actualizada sobre cómo evoluciona el comportamiento individual y social de los ciudadanos clientes, para evitar instalarse en procesos de consulta obsoletos o productos y servicios ya no necesarios.              | Realización de encuesta de satisfacción. <b>Evidencia:</b> Realización de encuestas de satisfacción  |  |

### SUBCRITERIO 4.3. Gestionar las finanzas.

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| 1. Alinear la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz, eficiente y ahorrativa. | El hospital para alinear los objetivos estratégicos cuenta con Estados Financieros. <b>Evidencia:</b> Estados financieros |                 |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 2. Analizar los riesgos y oportunidades de las decisiones financieras.   | El hospital analiza los riesgos y oportunidades mediante el informe Análisis Comportamiento de Pago. <b>Evidencia:</b> Análisis del comportamiento de pago                                |  |
| 3. Asegurar transparencia financiera y presupuestaria.   | El hospital asegura la transparencia financiera porque cuenta con Ejecución Presupuestaria. <b>Evidencia:</b> Ejecución presupuestaria  |  |
| 4. Asegurar la gestión rentable, eficaz y ahorrativa de los recursos financieros usando una contabilidad de costos y sistemas de control eficientes.   | El hospital Asegura la gestión rentable, eficaz y ahorrativa mediante el Informe Análisis de Gestión de tesorería <b>Evidencia:</b> Análisis de la gestión de tesorería                   |  |
| 5. Introducir sistemas de planificación, de control presupuestario y de costos (por ejemplo, presupuestos plurianuales, programas de presupuesto por proyectos, presupuestos de género/diversidad, presupuestos energéticos.). | El hospital para tener una planificación y llevar un control presupuestario cuenta con un Presupuesto Anual. <b>Evidencia:</b> Presupuesto anual  |  |
| 6. Delegar y descentralizar las responsabilidades financieras manteniendo un control financiero centralizado.  | Delegamos a través de diferentes áreas las funciones financieras manteniendo de manera centralizada las funciones por la dirección. <b>Evidencias:</b> Informes por cada área involucrada |  |
| 7. Fundamentar las decisiones de inversión y el control financiero en el análisis costo- beneficio, en la sostenibilidad y en la ética.  | El hospital para la toma de decisiones de inversión y control financiero cuenta con el informe de Balance General. <b>Evidencia:</b> Balance general                                      |  |
| 8. Incluir datos de resultados en los documentos presupuestarios, como información de objetivos de resultados de impacto.  | El hospital cuenta con el control presupuestario para verificar los resultados de impacto. <b>Evidencia:</b> Ejecución presupuestaria   |  |

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

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollar sistemas para gestionar, almacenar, mantener y evaluar la información y el conocimiento de la organización de acuerdo con la estrategia y los objetivos operativos.</li> <br/> <li>2. Garantizar que la información disponible externamente sea recogida, procesada, usada eficazmente y almacenada.</li> <br/> <li>3. Controlar constantemente la información y el conocimiento de la organización, asegurar su relevancia, exactitud, fiabilidad y seguridad. Alinearla también con la planificación estratégica y con las necesidades actuales y futuras de los grupos de interés.</li> <br/> <li>4. Desarrollar canales internos para difundir la información en cascada a toda la organización y asegurarse de que todos los empleados tienen acceso a la información y el conocimiento relacionados con sus tareas y objetivos (intranet, newsletter, revista interna, etc.).</li> <br/> <li>5. Asegurar un intercambio permanente de conocimiento entre el personal de la organización (por ejemplo: coaching, manuales redactados, etc.).</li> </ol> | <p>Poseemos sistemas de almacenamiento y procesamiento de información concerniente a la operatividad de la institución, de la misma manera se capacita el personal para el manejo de dichos sistemas <b>Evidencia:</b> SSAD, utilizado por las áreas de compras, suministro y contabilidad</p> <p>La información solicitada se publica a través de los diferentes departamentos. <b>Evidencia:</b> Elaboración de nota de prensa, Distribución de la nota, síntesis de la publicación. Monitoreo de medios de comunicación y sus redes sociales y portales web y Redes sociales institucionales</p> <p>Se garantiza la seguridad de los sistemas existentes para evitar la difusión de información privilegiada de la institución y al mismo tiempo esta información se presenta al personal de relevancia en cada puesto de trabajo, <b>Evidencias:</b> Privilegios de acceso a dichas informaciones mediante la creación de usuarios y contraseñas</p> <p>La institución cuenta con internet, boletines, redes sociales, murales y comunicaciones internas como canales de comunicación para llegar a todos los empleados <b>Evidencias:</b> Redes sociales, murales informativos</p> <p>Reuniones del staff directivo, sesiones de trabajo de temas específicos, la elaboración y socialización de políticas y</p> |  |
|--|---|--|

|   |  |                           |
|---|--|---------------------------|
| <p>6. Garantizar el acceso y el intercambio de información relevante con todos los grupos de interés y presentarla de forma sistemática y accesible para los usuarios, teniendo en cuenta las necesidades específicas de todos los miembros de la sociedad, como personas mayores o con discapacidad.</p> <p>7. Garantizar que se retiene dentro de la organización, en la medida de lo posible, la información y el conocimiento clave de los empleados, en caso de que éstos dejen la organización.</p> | <p>procedimientos. <b>Evidencia:</b> Litado de participantes y minutas</p> <p>Garantizamos la permanencia de la información en los sistemas existentes y bloqueamos los accesos a estos programas al personal que es desvinculado de la institución. <b>Evidencias:</b> Comunicación informando desvinculación</p> | <p>No se ha realizado</p> |
|---|--|---------------------------|

**SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.**

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>  | <b>Áreas de Mejora</b>    |
|---|--|---------------------------|
| <p>1. Diseñar la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.</p> <p>2. Implementar, monitorizar y evaluar la relación costo-efectividad de las tecnologías usadas. El tiempo de retorno de la inversión (ROI) debe ser suficientemente corto y se debe contar con indicadores fiables para ello.</p> <p>3. Asegurar el uso seguro, eficaz y eficiente de la tecnología, mirando especialmente las capacidades de</p> | <p>Eficiente seguimiento a las incidencias, se realiza un registro de los casos reportados y solucionados, al mismo tiempo, se está realizando un manual de procedimientos básico/intermedio de los problemas más comunes presentados en el día a día</p> <p><b>Evidencia:</b> Listado de seguimiento en las diferentes areas</p> <p>En el departamento de tecnología se fomenta el uso seguro, eficaz y eficiente</p> | <p>No se ha realizado</p> |



### SUBCRITERIO 4.6. Gestionar las instalaciones.

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|--|--|-----------------|
| <p>1. Equilibrar la eficiencia y eficacia del emplazamiento físico de la organización con las necesidades y expectativas de los usuarios (por ejemplo, centralización versus descentralización de los edificios/ puntos de servicios, distribución de las salas, conexión con transporte público).</p> <p>2. Asegurar un uso eficiente, rentable y sostenible de las instalaciones, basado en los objetivos estratégicos y operativos, tomando en cuenta las necesidades de los empleados, la cultura local y las limitaciones físicas. Por ejemplo, espacios abiertos versus despachos individuales, oficinas móviles.</p> <p>3. Asegurar un mantenimiento eficiente, rentable y sostenible de los edificios, despachos, equipamientos y materiales usados.</p> | <p>El centro está emplazado en una zona de fácil acceso a los usuarios de las zonas aledañas y los usuarios de zonas más lejanas pueden llegar a través del transporte público desde varias locaciones sin inconvenientes, pues diferentes rutas pasan por las afueras del centro. En cuanto a la distribución de los puntos de servicio, la ubicación es accesible a los usuarios, los cuales tienen la mayoría de los servicios que buscan centralizados en el primer nivel. <b>Evidencias:</b> Planos del hospital, fotos del emplazamiento del mismo y de las rutas de transporte público que transitan en las afueras del centro</p> <p>El centro hace uso eficiente de las instalaciones con las que cuenta, las cuales podemos nombrar como espacios abiertos (patio español), espacios de uso general (salón de conferencias y salones de clases) y oficinas individuales, que se adaptan a las necesidades de los empleados los cuales pueden acceder a estas según sus necesidades y disponibilidad. <b>Evidencias:</b> Planos del hospital, fotos de los lugares mencionado</p> <p>El centro cuenta con un programa de mantenimiento que busca en su cumplimiento asegurar el buen funcionamiento, eficiente y sostenible de la infraestructura y los equipos. <b>Evidencias:</b> PMP, Reportes de mantenimiento, fotos, etc.</p> |                 |

|   |   |                       |
|---|---|-----------------------|
| <p>4. Garantizar el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.</p> <p>5. Garantizar la adecuada accesibilidad física de los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los empleados y de los ciudadanos/clientes (por ejemplo, acceso a aparcamiento o transporte público).</p> <p>6. Desarrollar una política integral para gestionar los activos físicos, incluyendo la posibilidad de un reciclado seguro, mediante, por ejemplo, la gestión directa o la subcontratación.</p> <p>7. Poner las instalaciones a disposición de la comunidad local.</p> | <p>El centro cuenta con los accesos y las instalaciones necesarias para que los usuarios que tienen alguna discapacidad física puedan recibir el servicio buscado en el centro. <b>Evidencias:</b> Fotos, planos del hospital</p> <p>El hospital pone a disposición de las comunidades aledañas, bajo su disponibilidad de uso y siempre que le sea posible hacerlo. <b>Evidencias:</b> Fotos de actividades comunitarias en el centro.</p> | <p>N/A</p> <p>N/A</p> |
|---|---|-----------------------|

### **CRITERIO 5: PROCESOS**

Considerar lo que la organización hace para:

#### **SUBCRITERIO 5.1. Identificar, diseñar, gestionar e innovar en los procesos de forma continua, involucrando a los grupos de interés.**

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|---|------------------------|
| <p>I. Identificar, mapear, describir y documentar los procesos clave de forma continua.</p> | <p>El departamento de planificación y desarrollo realiza levantamientos, recolección, y sistematización de las informaciones de los procesos de cada área de la Institución, además la elaboración de Plan de compras, Plan</p> |                        |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identificar y asignar responsabilidades a los propietarios de los procesos (las personas que controlan todos los pasos del proceso).</li> <li>3. Analizar y evaluar los procesos, riesgos y factores críticos de éxito, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno cambiante.</li> <li>4. Asegurar que los procesos apoyan los objetivos estratégicos y están planificados y están planificados y gestionados para alcanzar los objetivos establecidos.</li> <li>5. Involucrar a los empleados y a los grupos de interés externos en el diseño y mejora de los procesos, en base a la medición de su eficacia, eficiencia y resultados (outputs y outcomes).</li> <li>6. Asignar recursos a los procesos en función de la importancia relativa de su contribución a la consecución de los fines estratégicos de la organización.</li> <li>7. Simplificar los procesos a intervalos regulares, proponiendo cambios en los requisitos legales, si fuera necesario,</li> <li>8. Establecer objetivos de resultados orientados a los grupos de interés e implementar indicadores de resultados para monitorizar la eficacia de los procesos (por ejemplo, carta de servicios, compromisos de</li> </ol> | <p>Estratégico, Poa, etc. para generar los manuales de procedimientos. <b>Evidencia:</b> PEI 2021-2024, Presupuesto 2021, Poa 202</p> <p>Existente diferentes comités hospitalarios, donde se crean diferentes procesos del hospital. <b>Evidencia:</b> listado y actas de conformación de los comités hospitalarios</p> <p>Conformación del Comité de emergencia y desastre para la Valoración y Administración de los Riesgos. <b>Evidencias:</b> Memorándum designación Comité de emergencia y desastre para la Valoración y Administración de los Riesgos.</p> <p>Evaluación y análisis de la planificación y gestión de los procesos considerando los objetivos estratégicos de la Institución. <b>Evidencias</b> Memorandum, formación Comités, POA, entre otros.</p> <p>Realización del plan presupuestario para conseguir los fines estratégicos de la institución <b>Evidencia:</b> Plan presupuestario</p> | <p>No se ha realizado</p> <p>No se ha realizado</p> <p>No se ha realizado</p> |
|---|--|---|

|  |  |                           |
|--|--|---------------------------|
| <p>desempeño, acuerdos sobre el nivel de los servicios, etc.).</p> <p>9. Monitorizar y evaluar el impacto de las TIC y de los servicios electrónicos en los procesos de la organización (por ejemplo, en términos de eficiencia, calidad y eficacia).</p> <p>10. Innovar en los procesos basados en un continuo benchlearning nacional e internacional, prestando especial atención a los obstáculos para la innovación y los recursos necesarios.</p> | <p>Se realiza la encuesta de satisfacción de usuario <b>Evidencia:</b> Encuesta de satisfacción de usuario</p> | <p>No se ha realizado</p> |
|--|--|---------------------------|

### SUBCRITERIO 5.2. Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a los ciudadanos /clientes.

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora           |
|--|--|---------------------------|
| <p>1. Identificar los outputs (productos y servicios en los procesos nucleares.</p>  | <p>Identificación de los servicios que ofrece el hospital en los distintos medios electrónicos<br/><b>Evidencias:</b> Listado de servicios en las redes sociales como Facebook, Instagram, pagina web.</p>       |                           |
| <p>2. Involucrar a los ciudadanos/clientes en el diseño y mejora de los servicios y productos (por ejemplo, por medio de encuestas, retroalimentación, grupos focales, sondes acerca los servicios y productos y si son eficaces teniendo en cuenta aspectos de género y de diversidad, etc.).</p> | <p>Implementación de los buzones de sugerencias y encuestas de satisfacción para conocer las opiniones de los usuarios.<br/><b>Evidencia:</b> Buzones de sugerencias y encuestas de satisfacción del usuario</p> |                           |
| <p>3. Involucrar a los ciudadanos/clientes y a otros grupos de interés en el desarrollo de los estándares de calidad para los servicios y productos (proceso de output), que respondan a sus expectativas y sean gestionables por la organización.</p>   |  | <p>No se ha realizado</p> |
| <p>4. Involucrar a los ciudadanos/clientes en la prestación del servicio y preparar tanto a los ciudadanos/clientes como a los trabajadores públicos a esta nueva relación de cambio de roles.</p>   |  | <p>No se ha realizado</p> |

|  |   |                    |
|--|---|--------------------|
| 5. Involucrar a los ciudadanos/clientes en el diseño y desarrollo de nuevos tipos de servicios interactivos, de entrega de información y de canales de comunicación eficaces.  |   | No se ha realizado |
| 6. Asegurar que la información adecuada y fiable esté accesible, con el fin de asistir y soportar a los clientes/ciudadanos y de informarle sobre los cambios realizados.  | La institución cumple con las normas de publicación de datos abiertos del Gobierno Dominicano, así mismo mantiene una constante actualización de la información existente en su Portal Web y a través de las redes sociales. <b>Evidencia:</b> Pagina web, Instagram, Facebook, Twitter y canal de Youtube. |                    |
| 7. Promover la accesibilidad a la organización (por ejemplo, con horarios de apertura flexibles, documentos en varios formatos: en papel, electrónico, distintos idiomas, pancartas, folletos, Braille, tableros de noticias en formato de audio, etc.). | A través de los medios digitales se informa todo lo relacionado al centro, <b>Evidencias:</b> Listado de noticias publicadas en los diferentes medios digitales   |                    |
| 8. Desarrollar un elaborado sistema de respuestas a las quejas recibidas, de gestión de reclamaciones y procedimientos.  | Incorporación de buzones de quejas y sugerencias en la sede central de la Institución. <b>Evidencias:</b> Políticas para el manejo de los buzones   |                    |

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

| <b>Ejemplos</b>  | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>  | <b>Áreas de Mejora</b> |
|--|--|------------------------|
| 1. Definir la cadena de prestación de los servicios a la que la organización y sus colaboradores/socios pertenece. | Tenemos una cadena de servicios definida, <b>Evidencia:</b> PEI 2017-2020, POA, pagina web   |                        |
| 2. Coordinar y unir procesos con socios claves del sector privado, no lucrativo y público.                         | Mesas de trabajos con la Metropolitana, Servicio Nacional de Salud, Ministerio de Salud, <b>Evidencias:</b> Listado de minuta de las diferentes reuniones con los organismos establecidos. |                        |

|  |  |                    |
|--|--|--------------------|
| 3. Desarrollar un sistema compartido con los socios en la cadena de prestación de servicios, para facilitar el intercambio de datos.   |  | No se ha realizado |
| 4. Empezar el análisis de ciudadanos/clientes a través de diferentes organizaciones, para aprender acerca de una mejor coordinación de procesos y superar los límites organizacionales.  | Realización de encuestas de satisfacción al usuario <b>Evidencias:</b> Plan de mejora de los resultados de la encuesta de satisfacción al usuario  |                    |
| 5. Crear grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas.   | Mesa de trabajo con el SNS y la metropolitana Regional de Salud para tratar problemáticas del sector y eventualidades <b>Evidencia:</b> Lista de participantes, minutas, lista de mesa de trabajo  |                    |
| 6. Crear incentivos (y condiciones) para que la dirección y los empleados creen procesos inter-organizacionales (por ejemplo, compartir servicios y desarrollar procesos comunes entre diferentes unidades).                         |  | No se ha realizado |
| 7. Crear una cultura para trabajar transversalmente en la gestión de los procesos en toda la organización o desarrollar procesos horizontales (por ejemplo: autoevaluación para toda la organización en vez de diferentes unidades). | Creación de las políticas para la realización de las encuestas de clima organizacional, implementación de dicha encuesta. Creación de grupos de trabajo, implementación del plan de acción y de mejoras. <b>Evidencias</b> Listado de participantes y plan de acción |                    |

## CRITERIOS DE RESULTADOS

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

*Considerar qué resultados ha alcanzado la organización en sus esfuerzos para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y ciudadanos, mediante la.....*

#### **SUBCRITERIO 6.1. Mediciones de la percepción**

**Resultados de mediciones de percepción en cuanto a:**

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

|   |   |   |
|---|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La imagen global de la organización y su reputación (por ejemplo: amabilidad, trato equitativo, abierto, claridad de la información facilitada, predisposición de los empleados a escuchar, recepción, flexibilidad y capacidad para facilitar soluciones personalizadas).</li> <li>2. Involucración y participación de los ciudadanos/clientes en los procesos de trabajo y de toma de decisiones de la organización.</li> <li>3. Accesibilidad (acceso con transporte público, acceso para personas con discapacidad, horarios de apertura y de espera, ventanilla única, costo de los servicios, etc.).</li> <li>4. Transparencia (en el funcionamiento de la organización, en la explicación de la legislación aplicable, en los procesos de toma de decisiones, etc.).</li> <li>5. Productos y servicios (calidad, confianza, cumplimiento con los estándares de calidad, tiempo para asesorar, calidad de las recomendaciones dadas a los ciudadanos/clientes, enfoque medioambiental, etc.).</li> <li>6. La diferenciación de los servicios de la organización en relación con las diferentes necesidades de los clientes (género, edad, etc.).</li> <li>7. La información disponible: cantidad, calidad, confianza, transparencia, facilidad de lectura, adecuada al grupo de interés, etc.).</li> <li>8. La correcta recepción de la información por los clientes/ciudadanos.</li> <li>9. La frecuencia de encuestas de opinión a los ciudadanos/clientes en la organización.</li> </ol> | <p>Se realizan encuestas de satisfacción al usuario para medir la percepción del paciente <b>Evidencia:</b> Resultados de la encuesta de satisfacción del usuario</p> <p>Hay espacios para personas discapacitadas y se les da preferencia cuando vienen a recibir alguna atención medica <b>Evidencia:</b> Lista de esperas, tikets preferenciales</p> <p>Contamos con una Oficina de Libre Acceso a la Información y la existencia de un link de transparencia en el portal web de la Institución. <b>Evidencias:</b> El Página web de la institución/ “Transparencia”</p> <p>Hasta el momento, la institución ha mantenido un flujo efectivo de comunicación con sus clientes en los aspectos de la información que tiene disponible con sus grupos de interés. <b>Evidencias:</b> página web, brochures, foros, redes sociales</p> <p>Encuestas de satisfacción <b>Evidencia:</b> Encuestas de satisfacción</p> | <p>No se ha realizado</p> <p>No se ha realizado</p> <p>No se ha realizado</p> <p>No se ha realizado</p> |
|---|---|---|

|   |   |  |
|---|---|--|
| 10. Nivel de confianza hacia la organización y sus productos/servicios. | Según los resultados de la encuesta de satisfacción al usuario, se han mejorado las diferentes áreas establecidas <b>Evidencia:</b> Resultados de la encuesta de satisfacción |  |
|---|---|--|

## 6.2. Mediciones de resultados.

### Resultados en relación con la participación:

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|--|--|-----------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grado de implicación de los grupos de interés en el diseño y la prestación de los servicios y productos o en el diseño de los procesos de toma de decisiones.</li> <li>2. Sugerencias recibidas e implementadas.</li> <li>3. Grado de utilización de métodos nuevos e innovadores para atender a los ciudadanos/clientes.</li> <li>4. Indicadores de cumplimiento de cumplimiento en relación al género y a la diversidad cultural y social de los ciudadanos/clientes.</li> <li>5. Alcance de la revisión periódica realizada con los grupos de interés para supervisar sus necesidades cambiantes y el grado en que se cumplen.</li> </ol> | <p>Realización y socialización de los resultados de la encuesta de satisfacción al usuario<br/> <b>Evidencia:</b> Resultados de las encuestas</p> <p>Apertura de los Buzones de sugerencias.<br/> <b>Evidencia:</b> Informe de los reportes de los buzones de sugerencia</p> <p>Creación de la gestión de citas online<br/> <b>Evidencia:</b> Programación de la gestión de citas</p> <p>N/A</p> <p>De manera mensual los directivos se reúnen con la Metropolitana de Salud y el SNS para identificar los problemas más relevantes de la comunidad <b>Evidencia:</b> Minuta de reuniones y listado de participante.</p> |                 |

### Resultados de la accesibilidad de la organización:

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|---|--|-----------------|
| 1. Horario de atención de los diferentes servicios (departamentos). | Los servicios de consulta externa son de lunes a viernes de 7:00 am a 6:00 PM, El área de emergencia es de 24 horas, Los |                 |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>2. Tiempo de espera. Tiempo para prestar el servicio.</p> <p>3. Costo de los servicios.</p> <p>4. Disponibilidad de información acerca de la responsabilidad de gestión de los distintos servicios.</p> | <p>laboratorios son de Lunes a Domingo 24 horas. <b>Evidencia:</b> Lista de servicios</p> <p>La lista de espera es según la agenda y orden de llegada del paciente <b>Evidencia:</b> Lista de espera de agenda medica</p> <p>Los servicios del hospital son gratuitos <b>Evidencia:</b> Leyes aprobadas por el gobierno de la Republica Dominicana</p> <p>Los servicios se publican en los diferentes medios de comunicación internos y externos <b>Evidencia:</b> Listado de servicios en los diferentes puntos del hospital</p> |  |
|--|---|--|

### Resultados en relación con la transparencia de la prestación de servicios y productos:

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| <p>1. Número de canales de información y su eficiencia.</p> <p>2. Disponibilidad y precisión de la información.</p> <p>3. Disponibilidad de los objetivos de rendimiento de la organización.</p> <p>4. Número de actuaciones del Defensor Público.</p> <p>5. Alcance de los esfuerzos para mejorar la disponibilidad, precisión y transparencia de la información.</p> | <p>El hospital cuenta con una oficina de libre acceso a la información, plataformas digitales donde se ven las informaciones del hospital <b>Evidencia:</b> Portal de transparencia, Facebook, Twitter, Instagram</p> <p>Oficina Libre Acceso de Información. <b>Evidencia:</b> Informaciones de la OAI</p> <p>Socialización del Poa a todos los departamentos <b>Evidencia:</b> POA</p> <p>Actualización constante y continua de la información en nuestro portal <b>Evidencia:</b> Pagina Web</p> | <p>N/A</p>      |

### Resultados de los indicadores sobre la calidad de los productos y la prestación de servicios:

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>1. Número y tiempo de procesamiento de las quejas.</p> <p>2. Número de expedientes devueltos por errores o casos que necesiten repetir el proceso/compensación.</p> <p>3. Cumplimiento de los estándares de servicio publicados (por ejemplo requerimientos legales).</p> | <p>Se le da seguimiento continuo a las quejas o sugerencias por parte de los pacientes, en atención al usuario <b>EVIDENCIAS:</b> Buzón de sugerencias. Sugerencias y quejas se canalizan a través de gestión humana, para resolución de tales sugerencias.</p> <p>Ha sido un número muy reducido la cantidad de expedientes que han sido devueltos. Un 2% aproximadamente. <b>EVIDENCIAS:</b> Entrada y Salida y formalización de expedientes.</p> <p>Se ha cumplido casi en su totalidad con los estándares de servicios de índole legal. <b>EVIDENCIAS:</b> Procedimientos Jurídico Depto. Legal</p> |  |
|--|---|--|

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

*Considerar qué resultados ha alcanzado la organización para satisfacer las necesidades y expectativas de su personal, por medio de resultados de....*

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

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

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|---|------------------------|
| <p>1. La imagen y el rendimiento global de la organización (para la sociedad, los ciudadanos/clientes, otros grupos de interés).</p> <p>2. Involucramiento de las personas de la organización en el de toma de decisiones y su conocimiento de la misión, visión y valores.</p> <p>3. Participación de las personas en las actividades de mejora.</p> | <p>Presentación de programas para la mejoría de los servicios en la institución <b>Evidencia:</b> Lista de programas y planes de mejora</p> <p>Se realiza diferentes mesas de trabajo para la toma de decisiones para el fortalecimiento de la institución. <b>Evidencia:</b> Mesa de trabajo, lista de participantes</p> <p>Mesa de trabajo con los diferentes comités <b>Evidencia:</b> Mesa de trabajo, Lista de participantes</p> |                        |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>4. Conocimiento de las personas de los posibles conflictos de interés y la importancia de un compromiso ético.</p> <p>5. Mecanismos de consulta y dialogo.</p> <p>6. La responsabilidad social de la organización.</p> | <p>Existen programas de capacitación que dan a los colaboradores sobre los conflictos de intereses y el comportamiento ético que deben modelar dentro de la Institución</p> <p><b>Evidencia:</b> listados de participante en Talleres de Inducción; fotos de Taller de Socialización del régimen Ético y Disciplinario; buzones de denuncias.</p> <p>Creación de buzones y sugerencias y de denuncias</p> <p>Se cuenta con un departamento de responsabilidad social para ayudar a los pacientes <b>Evidencia:</b> Fotos, listado de ayuda, operativos médicos</p> |  |
|---|--|--|

**Resultados relacionados con la percepción de la dirección y con los sistemas de gestión:**

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora      |
|--|---|----------------------|
| <p>1. La capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la organización (por ejemplo, estableciendo objetivos, asignando recursos, evaluando el rendimiento global de la organización, la estrategia de gestión de RRHH, etc.) y de comunicar sobre ello.</p> <p>2. El diseño y la gestión de los distintos procesos de la organización.</p> <p>3. El reparto de tareas y el sistema de evaluación de las personas.</p> <p>4. La extensión y calidad con la que el esfuerzo individual y de equipo es reconocido.</p> | <p>Planes de ejecución distribuido por el SNSN y la Metropolitana de Salud <b>Evidencia:</b> Planes de ejecución</p> <p>Planes operativos y procesos administrativos supervisados por el SNS, MAP. <b>Evidencia:</b> POA, Encuestas</p> <p>Cada colaborador tiene sus funciones asignadas, según manual de funciones. Y son evaluados 2 veces al año. <b>EVIDENCIA:</b> manual de funciones y Evaluaciones de Desempeño, basándose en las metas establecidas.</p> | <p>NO SE REALIZA</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 5. El enfoque de la organización para los cambios y la innovación. | Este enfoque se basa en el plan de mejora que planifica la organización con el POA |  |
|--|--|--|

### Resultados relacionados con la percepción de las condiciones de trabajo:

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora |
|--|---|-----------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El ambiente de trabajo (por ejemplo, cómo la gestión de conflictos, agravios o problemas personales, mobbing) y la cultura de la organización (por ejemplo la promoción de la transversalidad entre departamentos, unidades, etc.).</li> <li>2. El enfoque hacia las cuestiones sociales (flexibilidad de horarios, conciliación de la vida personal y laboral, salud).</li> <li>3. La toma en consideración de la igualdad de oportunidades y del trato y comportamientos justos en la organización.</li> <li>4. La disposición del lugar de trabajo y las condiciones ambientales de trabajo.</li> </ol> | <p>Cuando se presentan dichas situaciones de conflictos, para cuidar la calidad de los procesos administrativos, basándose en la toma de decisiones, para llevar a cabo el manejo de conflicto. <b>EVIDENCIA:</b> Amonestación escrita, especificando si la falta es leve o grave, y describiendo en detalles la situación o conflicto presentado.</p> <p>Si existe flexibilidad de horarios, en base a las condiciones del colaborador. <b>Evidencia:</b> Listado de horarios,</p> <p>Incorporación de empleados a los grupos de apoyo y comités para la toma de decisiones de la Institución. <b>Evidencias:</b> empleados que pertenecen a los diferentes comités y fotos</p> <p>Creación de ambientes favorables en algunas áreas <b>Evidencia:</b> Fotos</p> |                 |

### Resultados relacionados con la percepción del desarrollo de la carrera y habilidades profesionales:

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias) | Áreas de Mejora  |
|--|--------------------------------------|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plan de Carrera sistemático y desarrollo de competencias.</li> <li>2. Motivación y empoderamiento.</li> <li>3. Acceso y calidad de la formación en relación con los</li> </ol> |                                      | <p>NO SE REALIZA</p> <p>NO SE REALIZA</p> <p>NO SE REALIZA</p> |

objetivos estratégicos de la organización.

### SUBCRITERIO 7.2. Mediciones del desempeño.

| Ejemplos  | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora           |
|---|---|---------------------------|
| <p>1. Indicadores relacionados con el comportamiento de las personas (por ejemplo, nivel de absentismo o enfermedad, índices de rotación del personal, número de quejas, número de días de huelga, etc.).</p> <p>2. Indicadores en relación con la motivación y la implicación (por ejemplo, índices de respuesta a las encuestas de personal, número de propuestas de mejora, participación en grupos de discusión internos).</p> <p>3. Indicadores relacionados con el rendimiento individual (por ejemplo, índices de productividad, resultados de las evaluaciones).</p> <p>4. Nivel de involucramiento en las mejoras de las actividades.</p> <p>5. Nivel de uso de las tecnologías de la información y la comunicación.</p> <p>6. Indicadores relacionados con el desarrollo de las capacidades (por ejemplo, tasas de participación y de éxito de las actividades formativas, eficacia de la utilización del presupuesto para actividades formativas).</p> <p>7. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los ciudadanos/clientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al ciudadano/ cliente, número de quejas de los ciudadanos/clientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes.).</p> <p>8. Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos.</p> | <p>El nivel de ausentismo, que se presenta es por diferentes motivos. <b>EVIDENCIAS:</b> Matriz de Licencias y permisos y planificación vacaciones. (Formularios)</p> <p>Preparación del plan de Mejora de la Encuesta de Clima Laboral. <b>Evidencia:</b> Plan de Mejora de la encuesta de Clima Laboral</p> <p>Manejo de los equipos asignados, asistencia al trabajo, llenado de documentos. <b>EVIDENCIAS:</b> Evaluación de Desempeño</p> <p>Participación de las actividades al más alto nivel. <b>EVIDENCIAS:</b> Lista de participación.</p> <p>Si se la da utilidad a la tecnología, con la que disponible en la institución.</p> <p>Se ha realizado el 100% de las actividades formativas del personal de salud y administrativo con sus respectivas especificaciones. <b>EVIDENCIAS:</b> Lista de Asistencia, proyector de imagen.</p> <p>Buzón de sugerencias <b>Evidencia:</b> Listado de cursos, registro de participantes, fotos</p> | <p>No se ha realizado</p> |

|  |  |                    |
|--|--|--------------------|
| 9. Número de dilemas éticos reportados (por ejemplo, posible conflicto de interés).  |  | No se ha realizado |
| 10. Frecuencia de la participación voluntaria en actividades relacionadas con la responsabilidad social, promovidas por la organización. | Actividades cotidianas con los diferentes familiares y pacientes que asisten al hospital<br><b>Evidencia:</b> Lista de actividades y participantes |                    |

### **CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL**

*Tomar en consideración qué está logrando la organización con la responsabilidad social, mediante los resultados de....*

#### **SUBCRITERIO 8.1. Mediciones de percepción.**

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>  | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|--|------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conciencia pública del impacto del funcionamiento de la organización sobre la calidad de vida de los ciudadanos/clientes. Por ejemplo: educación sanitaria, apoyo a las actividades deportivas y culturales, participación en actividades humanitarias, acciones específicas dirigidas a personas en situación de desventaja, actividades culturales abiertas al público, etc.</li> <li>2. Reputación de la organización, (por ejemplo, como empleadora o contribuyente a la sociedad local o global).</li> <li>3. Percepción del Impacto económico en la sociedad en el ámbito local, regional, nacional e internacional, (por ejemplo, creación/atracción de actividades del pequeño comercio en el vecindario, creación de carreras públicas o de transporte público que también sirven a los actores económicos existentes.).</li> <li>4. Percepción del enfoque hacia las cuestiones medioambientales (por ejemplo percepción de la huella ecológica, de la gestión energética, de la</li> </ol> | <p>Realización de operativos médicos.<br/><b>Evidencia:</b> Publicaciones de operativos médicos por distintos medios de comunicación. tanto internos como externos</p> <p>Número de empleados que trabajan y apoyan la labor social <b>Evidencia:</b> Listado de participantes</p> <p>El hospital brinda diferentes beneficios a pequeños negocios <b>Evidencia:</b> Diversas actividades comerciales. número de chiriperos que venden, farmacias, centros de estudio, taxistas, motoconchos , vendedores ambulantes y funerarias</p> <p>Hay un protocolo de fundas negras para los desechos comunes y rojas para los infecciosos.</p> |                        |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>reducción del consumo de agua y electricidad, protección contra ruidos y contaminación del aire, incentivo en el uso del transporte público, gestión de residuos potencialmente tóxicos, etc.).</p> <p>5. Percepción del impacto social en relación con la sostenibilidad a nivel local, regional, nacional e internacional (por ejemplo con la compra de productos de comercio justo, productos reutilizables, productos de energía renovable, etc.).</p> <p>6. Percepción del impacto en la sociedad teniendo en cuenta la calidad de la participación democrática en el ámbito local, regional, nacional e internacional (por ejemplo conferencias, consulta y proceso de toma de decisiones sobre el posible impacto de la organización sobre la seguridad, movilidad).</p> <p>7. Opinión del público en general sobre la accesibilidad y transparencia de la organización y su comportamiento ético (respeto de los principios y valores de los servicios públicos, como la igualdad, permanencia en el servicio, etc.).</p> <p>8. Percepción de la participación de la organización en la comunidad en la que está instalada, organizando eventos culturales o sociales a través del apoyo financiero o de otro tipo, etc.).</p> <p>9. Percepción de la institución en la cobertura mediática recibida relacionada con su responsabilidad social.</p> | <p><b>Evidencia:</b> Listado de desechos y días de evacuación</p> <p>Existe un comité de compra número de proveedores y cantidad de insumos, medicamentos por ende, productos alimentarios <b>Evidencia:</b> Comité de compras, facturas de compra.</p> <p>Hay un programa de red que permite la publicaciones, sistema de monitores para la seguridad institucional <b>Evidencia:</b> Programa de Red</p> <p>Revisión periódica de los buzones de sugerencia colocados en diferentes puntos del hospital <b>Evidencia:</b> Buzones de sugerencias</p> <p>Realización de actividades para la mejoría de los servicios y concientización de programas para evitar futuros brotes de epidemias <b>Evidencia:</b> Listado de actividades</p> <p>Listado de ayuda a los diferentes pacientes <b>Evidencia:</b> Listado de ayuda</p> |  |
|--|---|--|

## SUBCRITERIO 8.2. Mediciones del rendimiento organizacional

### Indicadores de responsabilidad social:

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)   | Áreas de Mejora |
|--|--|-----------------|
| <p>I. Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo, presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento de las normas medioambientales, uso de materiales reciclados,</p> | <p>El comité de compras cumple con la políticas establecidas para estos fines existen protocolos para estos procesos medioambientales, hay un vigilancia permanente en cuanto a la</p> |                 |

|  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <p>utilización de medios de transporte respetuosos con el medioambiente, reducción de las molestias, daños y ruido, y del uso de suministros como agua, electricidad y gas.).</p> <p>2. Calidad de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.</p> <p>3. Grado e importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).</p> <p>4. Apoyo destinado a las personas en situación de desventaja por ejemplo estimación del costo de la ayuda, número de beneficiarios, etc.).</p> <p>5. Apoyo como empleador a las políticas de diversidad étnicas y de personas en situación de desventaja por ejemplo organizando programas/proyectos específicos para emplear a minorías étnicas).</p> <p>6. Apoyo a proyectos de desarrollo internacional y participación de los empleados en actividades filantrópicas.</p> <p>7. Apoyo a la participación social de los ciudadanos/clientes, otros grupos de interés y empleados).</p> <p>8. Intercambio productivo de conocimientos e información con otros (número de conferencias abiertas organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios nacionales e internacionales).</p> <p>9. Programas para la prevención de riesgos para la salud y de accidentes, dirigidos a los ciudadanos/clientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, para la lucha contra el tabaquismo, para la educación en una alimentación saludable, número de beneficiarios y la relación costo/calidad de estos programas).</p> | <p>electricidad y el gas, también a diario se mide la calidad de agua. <b>Evidencia:</b> Listado de actividades para medir los procesos</p> <p>Numero de reuniones con diferentes líderes religiosos y comunitarios <b>Evidencia:</b> Listado de participantes y minutas de reuniones</p> <p>Información y notas de prensas distribuidos por los diferentes medios de comunicación <b>Evidencia:</b> Listado de notas de prensas</p> <p>Números de beneficiarios, pacientes en condiciones vulnerables, donaciones entregadas a pacientes vulnerables medicamentos nutrición alimentarias, muletas y sillas de rueda, número de casos resueltos. <b>Evidencia:</b> Lista de entrega de donaciones, fotos</p> <p>Listado de ayuda social y con medicamentos a pacientes y empleados <b>Evidencia:</b> Listado de entrega de medicamentos y ayudas a los diferentes beneficiarios</p> <p>Participación en diferentes charlas para la mejoría de los servicios en la comunidad <b>Evidencia:</b> Lista de participación</p> <p>Número de participantes y charlas de programas sobre las Infecciones, y programas de TB. <b>Evidencia:</b> Listado de pacientes atendidos</p> | <p>No se ha realizado</p> <p>N/A</p> |
|--|---|--------------------------------------|

|   |   |  |
|---|---|--|
| 10. Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo informe de sostenibilidad). | Informes periódicos de las entregas de los reportes <b>Evidencia:</b> Entrega de reportes |  |
|---|---|--|

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

*Considerar los resultados alcanzados por la organización en relación con.....*

#### **SUBCRITERIO 9.1. Resultados externos: resultados e impacto a conseguir.**

| <b>Ejemplos</b>   | <b>Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)</b>   | <b>Áreas de Mejora</b> |
|---|---|------------------------|
| 1. Resultados en términos de output (cantidad y calidad de la prestación de servicios y productos).                                   | Realización de reportes y planes de mejora de los diferentes servicios que realiza el hospital<br><b>Evidencia:</b> Planes de mejora              |                        |
| 2. Resultados en términos de outcome (el impacto en la sociedad y los beneficiarios directos de los servicios y productos ofrecidos). | Informes del SNS sobre el impacto de los servicios del Hospital <b>Evidencia:</b> Informe del SNS   |                        |
| 3. Nivel de calidad de los servicios o productos facilitados en cuanto a estándares y regulaciones.                                   | Revisión periódica de los planes de mejora para mejorar la calidad de los servicios<br><b>Evidencia:</b> Seguimiento a los planes de mejora       | No se ha realizado     |
| 4. Grado de cumplimiento de contratos/acuerdos entre las autoridades y la organización.   |   |                        |
| 5. Resultados de las inspecciones y auditorias de resultados de impacto.  | Levantamiento e informes de los diferentes análisis de las auditorías internas y externas por el SNS, <b>Evidencia:</b> Informe de las auditorias | No se ha realizado     |
| 6. Resultados del benchmarking (análisis comparativo) en términos de outputs y outcome.   |   |                        |
| 7. Resultados de la innovación en servicios/productos para la mejora del impacto.   | Mejora de los servicios a través de los diferentes comités hospitalarios <b>Evidencia:</b> Mesa de trabajo con los diferentes comités             |                        |

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

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

| Ejemplos   | Puntos Fuertes (Detallar Evidencias)  | Áreas de Mejora   |
|--|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La respuesta de los líderes a los resultados y las conclusiones de las mediciones, incluyendo la gestión de riesgos.</li> <li>2. Eficiencia de la organización en la gestión de los recursos disponibles, incluyendo la gestión de recursos humanos, gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima (input vs output).</li> <li>3. Resultados de la mejora del desempeño y de la innovación en productos y servicios.</li> <li>4. Resultados de benchmarking (análisis comparativo).</li> <li>5. Eficacia de las alianzas (por ejemplo, grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, actividades conjuntas.).</li> <li>6. Valor añadido del uso de la información y de las tecnologías de la comunicación para aumentar la eficiencia, disminuir la burocracia administrativa, mejora de la calidad de la prestación de servicios, (por ejemplo, reduciendo costos, el uso del papel, trabajando en forma conjunta con otros proveedores, interoperabilidad, ahorro de tiempo, etc.).</li> <li>7. Resultados de las mediciones por inspecciones o auditorías de funcionamiento de la organización.</li> </ol> | <p>Respuestas inmediatas para buscar resultado ante evaluaciones presentadas.<br/> <b>Evidencias:</b> Creación de comités para dar respuesta a situaciones presentes, fotos y listados de miembros</p> <p>Implementación del Área Covid y la carpa para la realización de las pruebas diagnósticas.<br/> <b>Evidencia:</b> Fotos, Informes</p> <p>Cumplimiento con los lineamientos del Ministerio de Salud y el SNS. <b>Evidencia:</b> Seguimiento a las normas del Ministerio de Salud y del SNSN</p> <p>Inspecciones de auditoría de nómina que son realizadas periódicamente, De igual manera se realizan auditorías de los activos fijos de la Institución. De manera permanente son evaluados los controles internos de la Institución, conforme a las normas de Control Interno establecidas. <b>Evidencias:</b> Soporte de ejecución de los procesos, inventario de bienes, informes de saneamiento de nómina</p> | <p>No se ha realizado</p> <p>No se ha realizado</p> <p>No Se ha realizado</p> |

|  |   |                           |
|--|---|---------------------------|
| <p>8. Resultados de la participación a concursos, premios de calidad y certificaciones de la calidad del sistema de gestión (premios a la excelencia, etc.).</p> <p>9. Cumplimiento de los objetivos presupuestarios y financieros.</p> <p>10. Resultados de las auditorías e inspecciones de la gestión financiera.</p> | <p>Informe del SNS. <b>Evidencia:</b> Reportes trimestrales del SNS</p> <p>Auditorías permanentes que son realizadas en la Dirección Administrativa y Financiera. Se realizan inspecciones del proceso de revisión de las documentaciones soporte de los registros contables. <b>Evidencias:</b> Informes emitidos por auditores participantes, informes de revisión y registro del personal, entre otros</p> | <p>No se ha realizado</p> |
| <p>11. Eficiencia de costos (impactos logrados al menor costo posible.).</p>   |   | <p>No se ha realizado</p> |

**NOTA:** Estos son ejemplos que aparecen en el Documento “Modelo CAF 2013”, las organizaciones pueden tener otras formas de desplegar los criterios que deben incluirlas cuando realizan su autodiagnóstico y sustentar sus puntos fuertes con las evidencias correspondientes.